

DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS



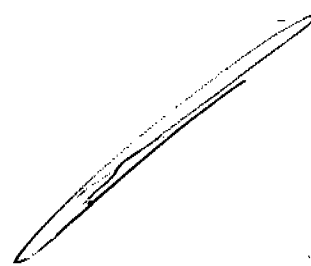
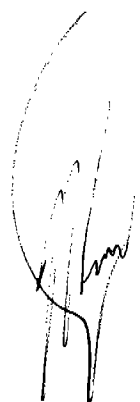
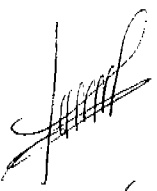
SNTSECOFI

**NORMATIVIDAD PARA LA DESIGNACION DEL
“ EMPLEADO DEL MES “**

Octubre del 2000

NORMATIVIDAD PARA ASIGNACION DEL EMPLEADO DEL MES

- Se otorgará este reconocimiento a los trabajadores de base y confianza, considerados como personal operativo, excluyendo de este beneficio a los Puestos de enlace (27 C), Mandos Medios y Homólogos y Superiores, así como al personal que cobra por elementos adicionales, honorarios o cualquier forma diferente a plaza federal.
- Se otorgará un estímulo consistente en 10 días de salario mínimos generales vigentes en el Distrito Federal, a los trabajadores que sean designados como "Empleado del Mes". (Los trabajadores adscritos a las Delegaciones y Subdelegaciones Federales en el Interior de la República recibirán el estímulo de igual manera que en oficinas centrales).
- Para la asignación del "Empleado del mes" todo el personal deberá ser evaluado mediante el requisitado de la cédula de evaluación mensual del desempeño y deberá contar con las siguientes firmas:
 - Firma del trabajador
 - Firma(s) del responsable de la evaluación
 - Firma del Coordinador Administrativo
 - Firma del Delegado Sindical
- La asignación del "Empleado del Mes", se llevará de común acuerdo por la Autoridad y la Representación Sindical quienes de acuerdo al análisis de la totalidad de las evaluaciones designaran a los ganadores a los de mayor puntaje obtenido.
- Los formatos de evaluación mensual del desempeño de los trabajadores ganadores deberán ser enviados debidamente requisitados y firmados, los cuales una vez enviados, ante la Dirección General de Recursos Humanos, la determinación será irrevocable.
- La evaluación mensual del desempeño de los trabajadores en un área, será en igualdad de condiciones y la selección del "Empleado del Mes", merecedor al estímulo, se hará con base a los siguientes aspectos:
 - Evaluación de metas mensual
 - Evaluación de Incidencias mensual
- Para la asignación de las metas a evaluar, estas deberán de corresponder a las que fueron asignadas de conformidad a la "Norma que Establece el Sistema de Evaluación del Desempeño" emitida por la SHCP.



- Para la evaluación mensual de las incidencias, la Coordinación Administrativa, la llevará a cabo con respecto a los registros correspondientes y los lineamientos contenidos en la presente norma.
- En caso de que los factores de evaluación, arrojen un resultado de empate en el área; el Coordinador Administrativo convocará al Delegado Sindical, al Jefe del Departamento involucrado, así como al Subdirector y someterán a votación el caso previa exposición de los motivos.
- La designación este estímulo se decidirá sobre aquellos que presten mayor puntuación.
- El otorgamiento del estímulo del Empleado de Mes estará sujeto a las disponibilidades presupuestales del Capítulo 1000 (Servicios Personales), misma que determine la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.
- Si por alguna razón al trabajador poseedor de este derecho no se le paga el beneficio, podrá reclamar el mismo en el término máximo de un año; a la conclusión de éste, cesará la responsabilidad por parte de la Secretaría.
- Si un trabajador con derecho a este beneficio falleciere antes de recibirlo, la entrega se hará al deudo respectivo, previa entrega de los documentos respectivos y de acuerdo a la Ley correspondiente.
- El pago respectivo se hará de acuerdo al calendario que acuerde la Comisión Mixta de Vigilancia de Prestaciones.
- No se excluye al personal que fue acreedor al estímulo del mes, de recibir las Notas Buenas y de Mérito, en los términos del Artículo 140 de las Condiciones Generales de Trabajo vigentes.

RESPONSABILIDADES.

- Coordinador Administrativo.- Promover entre el personal de la Unidad Administrativa los beneficios y alentar a los trabajadores a tener un buen comportamiento, tanto laboral como disciplinario, para que se hagan acreedores a los estímulos de este programa.
- Coordinadores y Delegados Sindicales deberán programar la recepción mensual del total de las Cédulas de Evaluación del desempeño individual en cada Unidad Administrativa, de tal manera que se pueda evaluar en tiempo lo correspondiente a asistencia y puntualidad y estar en posibilidad de asignar el estímulo en las reuniones establecidas para los casos previstos dentro de esta norma, debiendo turnar en tiempo y formar las relaciones del personal seleccionado, a la Subdirección de Admón. de Remuneraciones de la Dirección

- Coordinadores y Delegados Sindicales deberán programar la recepción mensual del total de los formatos de Evaluación Mensual del Desempeño Individual en cada Unidad Administrativa, de tal manera que se pueda evaluar en tiempo lo correspondiente a asistencia y puntualidad y estar en posibilidad de asignar el estímulo en las reuniones establecidas para los casos previstos dentro de esta norma, debiendo turnar en tiempo y forma:

- **Relación del personal seleccionado**
- **Formatos de evaluación mensual del desempeño individual del personal seleccionado debidamente requisados**

a la Subdirección de Admón. de Remuneraciones de la Dirección General de Recursos Humanos, a más tardar los primeros **CINCO DIAS naturales** de cada mes. Una vez determinado el personal propuesto como "Empleado del Mes", se archivará el formato en los expedientes del personal.

- Será obligación de los Coordinadores Administrativos y Delegados Sindicales asegurar que los beneficiarios reciban el pago correspondiente, de no hacerlo la Comisión Mixta de Vigilancia de Prestaciones realizará las investigaciones conducentes a fin de que se deslinden las responsabilidades.

SNTSECOFI:

- Promover y divulgar entre el personal de nivel operativo. los objetivos y políticas del programa del estímulo del "Empleado del Mes".
- Dar la debida información mensual, dentro de cada Unidad Administrativa, sobre los trabajadores operativos beneficiados con el estímulo correspondiente.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO:
"EVALUACION INDIVIDUAL DE ASIGNACION
DEL EMPLEADO DEL MES"**

1 Correspondientes al periodo del mes de: _____ del año: _____

- Con número y letra el mes que corresponda a la evaluación.

2 Dirección General

- Nombre de la Unidad Administrativa correspondiente.

3 Delegación y/o Subdelegación Federal

- Nombre de la Delegación y/o Subdelegación Federal correspondiente

4 Subdirección de Area

- Nombre de la Subdirección de Area.

5 Departamento

- Nombre del Departamento respectivo.

6 Nombre

- Nombre completo de la persona que se evalúa.

7 Clave presupuestal

- Clave presupuestal que tiene la persona a la que se evalúa. Este puesto es el que aparece en nómina y que está registrado en el talón de cheque del empleado.

8 Nombre del puesto funcional

9 Fecha de ingreso a SECOFI

- Se dejará en blanco para ser requisitado por el Coordinador Administrativo.

En caso de las Delegaciones y Subdelegaciones Federales del interior de la República, el Coordinador Administrativo y/o persona encargada del Area Administrativa.

EVALUACION DE METAS

10 Calificación de 1 al 4

- Calificación del 1 al 4 en base al concepto y al desarrollo laboral que el empleado haya tenido en el mes que se informa bajo los siguientes criterios:

- 1 = No cumplió con las metas
- 2 = Cumplió parcialmente con las metas
- 3 = Cumplió con las metas
- 4 = Cumplió sobresaliente

11 Total

- Se obtendrá multiplicando la calificación anotada en cada concepto por el factor representativo.

12 Total Evaluación del Desempeño

- Total de la sumatoria del resultado obtenido en cada concepto.

EVALUACION DE INCIDENCIAS

- 13 NOTA:** Este apartado será requisitado por el Coordinador Administrativo, y/o titular del área administrativa de la Delegación Coordinadora Regional o Federal de acuerdo a su control de Asistencia y Puntualidad y. se calificará de la siguiente manera:

FALTAS INJUSTIFICADAS

No. FALTAS	CALIFICACION
0	8
1	6
2	3
3	1

Más de 3 faltas, no participa como candidato

RETARDOS

No. RETARDOS	CALIFICACION
1 a 2	8
3	6
4	5
5 a 7	4

Más de 7 retardos, no participa como candidato

LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

No tuvo licencia, equivaldrá a 8 de calificación.
Si tuvo licencia, no participará como candidato.

COMISION SINDICAL

No tuvo comisión, equivaldrá a 8 de calificación.
Si tuvo comisión, no participa como candidato.

INCAPACIDAD MEDICA

No tuvo incapacidad, equivaldrá a 8 de calificación.
No mayor de 3 días, equivaldrá a 6 de calificación.
Hasta 5 días, equivaldrá a 3 de calificación.
Más de 5 días, no participa como candidato.

VACACIONES

No tomó vacaciones, equivaldrá a 8 de calificación.
Si tomó vacaciones hasta por 5 días, 6 de calificación.
Más de 5 días, no participa como candidato.

20 Coordinador Administrativo

- Nombre y firma del Coordinador Administrativo y Delegado Sindical de las unidades administrativas locales y foráneas.

21 Delegado sindical

- Nombre y firma del Coordinador Administrativo y Delegado Sindical de las unidades administrativas locales y foráneas.

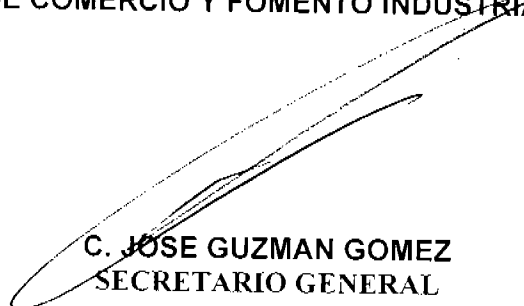
México D.F., a 15 de octubre del 2000

POR LA SECRETARIA DE COMERCIO
Y FOMENTO INDUSTRIAL



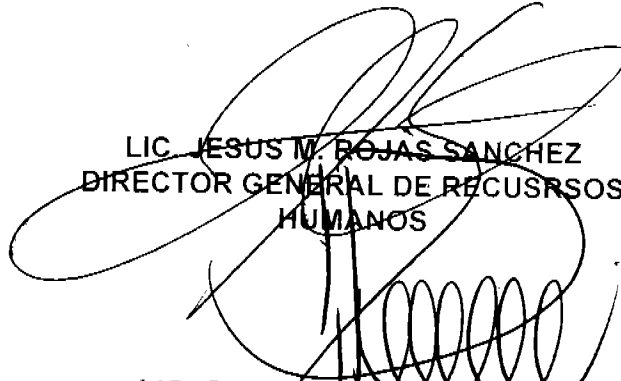
LIC. JESUS FLORES AYALA
OFICIAL MAYOR

POR EL SINDICATO NACIONAL DE LOS
TRABAJADORES DE LA SECRETARIA
DE COMERCIO Y FOMENTO INDUSTRIAL




C. JOSE GUZMAN GOMEZ
SECRETARIO GENERAL

TESTIGOS
COMISION MIXTA DE VIGILANCIA DE PRESTACIONES ECONOMICAS



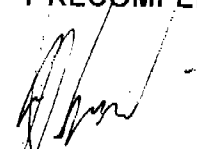
LIC. JESUS M. ROJAS SANCHEZ
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS
HUMANOS



LIC. GABRIEL PADILLA MAYA
DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE
PERSONAL



ARTEMIO VELAZQUEZ MIRANDA
SECRETARIO DE PREMIOS, ESTIMULOS
Y RECOMPENSAS



MAXIMO CRUZ GORNZALEZ
SECRETARIO DE TRABAJO Y
CONFLICTOS

DIAS ECONOMICOS

No tomó días económicos, equivaldrá a 8 de calificación.
Si tomo días económicos hasta por 3 días, 6 de calificación.
Si tomó más de tres días, no participará como candidato.

14 Total

- Este se obtendrá multiplicando la calificación anotada en cada concepto por el factor respectivo.

15 Total Evaluación de Incidencias

- Total de la sumatoria del resultado obtenido en cada concepto.

16 Evaluación Total

- Resultado de la suma del total adquirido en el apartado "Factores del Desempeño" y "Factores de Incidencias".

17 Firma del trabajador

- Nombre y firma del trabajador evaluado

18 Responsable de la Evaluación

- Nombre y firma del Jefe del Departamento que realizó la evaluación.

19 Vo. Bo.

- Nombre y firma del Director de Area y Subdirector correspondientes y/o del Delegado o Subdelegado Federal.

2) CORRESPONDIENTE AL MES DE _____ DEL 2000

2) Dirección General:	6) Nombre:
3) Delegación y/o Subdel. Fed.:	7) Clave Puesto Presupuestal
4) Subdirección:	8) Nombre Puesto Funcional:
5) Departamento	9) Fecha de Ingreso a SECOFI

FACTORES DE DESEMPEÑO METAS	10) CALIFICACION 1 A 4	FACTOR	11) TOTAL
1)		3	12
2)		3	12
3)		3	12
4)		3	12
12) TOTAL EVALUACION DEL DESEMPEÑO DE METAS:			48

13) FACTORES DE INCIDENCIAS	CALIFICACION 1 A 8	FACTOR	14) TOTAL
Faltas injustificadas ¿Cuántas? ()		1	8
Retardos ¿Cuántos? ()		1	8
Licencias sin goce de sueldo SI () NO ()		1	8
Comisión Sindical SI () NO ()		1	8
Incapacidad Médica: No mayor a 3 días () Hasta 5 días () No tuvo ()		1	8
Vacaciones SI () NO ()		1	8
Días Económicos SI () NO ()		1	8
15) TOTAL EVALUACION DE INCIDENCIAS:			56
16) EVALUACION TOTAL:			104

17) _____ FIRMA DEL TRABAJADOR

18) RESPONSABLE DE LA EVALUACION Jefe de Departamento	19) Vo.Bo. Director de Area
_____ Firma	_____ Firma

20) Coordinador Administrativo	21) Delegado Sindical
_____ Firma	_____ Firma