

Responder a todos | Eliminar Correo no deseado | ...



SISTEMA DE INFORMACION DE LA GESTION FINANCIERA

Busqueda

«Consulta Pago Beneficiario

Pago Beneficiarios

Período:
 Tipo Documento: Cedula Nómina Beneficiario An
 Fecha Desde: Fecha Hasta:

Relacion de Pagos por Nomina ó Libramientos

| | | |
|---|------------|---------------|
| 2020-0201-02-01-0009-155-000167 | 20/03/2020 | 03-Aprobado |
| Pago de Vacaciones no tomadas a ex-empleado(a) de esta Unidad Ejecutora SIUBEN. | | |
| TR-Transferencia | 3085899 | 06-Conciliado |
| 01-BANCO DE RESERVAS DE LA REPUBLICA DOMINICANA | 26/03/2020 | 30,466 |
| Enviado:26/03/2020 Valor Transferencia: 30,456.85 Situacion:ROO-TRANSFERENCIA CON EXITO | | |

Para visualización óptima del contenido se recomienda resolución pantalla 1024x768

CENTRO DE SERVICIO AL USUARIO

809-687-5131, Opción 4
1 Asistencia en aplicaciones
2 Asistencia en accesos y roles

servicioalusuario@hacienda.gov.do

Lcda. Graciela Reyes Sánchez
 Enc. Contabilidad Dpto. Financiero
 Sistema Unico de Beneficiarios (SIUBEN)
 Tel.: 809-689-5230 Ext. 406
 Flota: 829-257-8084



"Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria"

Santo Domingo, R.D.
25 de febrero, 2020

Oficio No. RRHH- 051-2020

A : **Héctor Medina**
Director General del SIUBEN

Atención : **Rosa Maritza Toribio**
Directora de Operaciones y Financiero

Asunto : **Solicitud Pago de Vacaciones.**

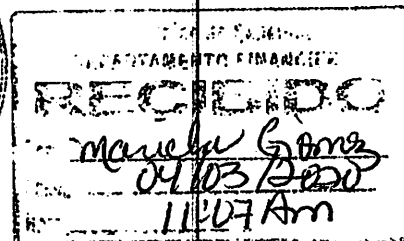
Anexo : **a) Cálculos de Vacaciones.**
: **b) Opinión del MAP.**

Muy cortésmente, le solicitamos el pago de Vacaciones de la Srta. **Yelaine Rosmery Pujols Tolentino**, Ced. 223-0004773-9, según los cálculos emitidos por el Ministerio de Administración Pública, en fecha 12 de febrero/2020 y recibido por Recursos Humanos el 25 de febrero, 2020. El monto total a pagar es de **RDS\$30,456.85 (Treinta mil cuatrocientos cincuenta y seis pesos con 85/100)**.

Agradeciendo su atención a la presente,

Atentamente,


Nancy Rojas
Encargada Interina Recursos Humanos.



NR/rv



Ave. 27 de Febrero No. 419,
El Millón II, Santo Domingo, D.N.
República Dominicana
T. 809-687-3298 • F. 809-687-4043
1-809-200-3297 (sin cargos)

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

www.map.gob.do

RNC.: 401-03674-6

"Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria"

"Avanzamos para ti"

17 de febrero del 2020

No.: DRL-173-2020

A: Señora
Nancy Rojas
Encargada Interina de Recursos Humanos del
Sistema Único de Beneficiarios
Su Despacho.

Asunto: **Remisión Cálculo de Beneficios Laborales.**

Anexo: Cálculo de Vacaciones No. 2269/2020.

Remitimos, muy cortésmente, el cálculo correspondiente a la solicitud de pago a favor de la señora **Yelaine Rosmery Pujols Tolentino**, ex empleada de esa institución.


Conforme con las disposiciones del artículo 62 de la Ley Núm. 41-08 de Función Pública del 16 de enero del 2008, "los titulares de los órganos o entidades de la administración pública tendrán un plazo de quince (15) días para tramitar el pago de dichas sumas". En caso de que exista diferencia en los montos, los documentos deberán ser devueltos al MAP, con las observaciones correspondientes, a los fines de rectificación.

Los pagos de prestaciones económicas a los funcionarios y servidores públicos de estatuto simplificado, serán efectuados por la administración en un plazo no mayor de 90 días a partir del inicio del trámite (Art. 63 de la Ley 41-08), para su conocimiento y fines de lugar.

Atentamente,


Dra. Mariza De la Cruz Hernández
Directora de Relaciones Laborales



 Gabinete de Coordinación
de Políticas Sociales
Sistema Único de Beneficiarios
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

RECIBIDO
Fecha: 25/02/2020
Por: ELS. GARCIA


MCH/rea
DRL/Remisiones, febrero, 2020

 Gabinete de Coordinación
de Políticas Sociales
Sistema Único de Beneficiarios
DIRECCIÓN GENERAL
RECIBIDO
Fecha: 25/2/2020
Yelaine Contreras





MINISTERIO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Avanzamos para ti

CALCULO DE BENEFICIOS LABORALES

FO DRL-001

Version: 02

"Año de la Consolidación de la Seguridad Alimentaria"

RNC.: 401-03674-6

| | | | |
|----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Cédula | : 223-0004773-9 | Número | : 2269-2020 |
| Nombre | : Yelaine Rosmery | Tiempo Laboró | : 2 Años Ininterrumpidos |
| Apellido | : Pujols Tolentino | Motivo | : Renuncia |
| Fecha de Nacimiento | : 2/7/1985 11:39:57 AM | Fecha Salida | : 2/11/2020 |
| Sexo | : Femenino | Fecha Reclamación | : 2/12/2020 10:30:58 |
| Cargo | : Analista de Planificación | Sueldo | : \$55,000.00 |
| Departamento | : DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO | | |
| Institución | : Sistema Unico de Beneficiarios (SIUBEN) | | |

MONTO Y DETALLE DE BENEFICIOS

| Descripción | Tiempo | Monto |
|---|---------|----------------------|
| Vacaciones Art.53, 55, Ley 41-08 del 16/01/08 de Función Pública | 12 Días | 30,456.85 |
| Total General | | RD\$30,456.85 |

Nota: Cálculos realizados en base a datos y/o documentos presentados por la parte interesada, por lo cual, las cifras definitivas están sujetas a posibles modificaciones y las retenciones de impuestos correspondientes.

Dado en Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los 12 días del mes de Febrero, del año Dos Mil Viente (2020).

Lic. Ramón Ventura Camejo
Ministro de Administración Pública



Dra. Mariza de la Cruz Hernández
Directora de la Dirección de Relaciones Laborales

DOCUMENTO CONTROLADO
SGC - MAP



SISTEMA ÚNICO DE BENEFICIARIOS
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Solicitud de Indemnización Económica y/o Vacaciones No Disfrutadas

Fecha de Solicitud 13 / Sept / 2020

| I. DATOS DEL SOLICITANTE | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----|------|------|-----|-----|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: <u>Melaine Romero Rojas T.</u> | | Cédula de Identidad y Electoral No.: <table border="1"><tr><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>-</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>4</td><td>7</td><td>7</td><td>3</td><td>-</td><td>9</td></tr></table> | 2 | 2 | 3 | - | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 | 7 | 3 | - | 9 |
| 2 | 2 | 3 | - | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 | 7 | 3 | - | 9 | | | |
| Dirección: (Ciudad o Provincia, Calle, No., Barrio o Residencia): | | Teléfono (s) de Contacto: | | | | | | | | | | | | | |
| II. DATOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regional donde laboraba: <u>Oficina Principal</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Departamento o Unidad: <u>Planificación</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ubicación de Trabajo (Dirección completa): <u>Av. John F. Kennedy # 38, Ens. de la fe</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ultimo Cargo: <u>Analista de Planificación</u> | Fecha de Ingreso <table border="1"><tr><td>20</td><td>Sept</td><td>2017</td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table> | | 20 | Sept | 2017 | Día | Mes | Año | | | | | | | |
| 20 | Sept | 2017 | | | | | | | | | | | | | |
| Día | Mes | Año | | | | | | | | | | | | | |
| Ultimo Sueldo: <u>RD\$ 55,000.00</u> | Fecha de Salida <table border="1"><tr><td>11</td><td>Feb</td><td>2020</td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table> | | 11 | Feb | 2020 | Día | Mes | Año | | | | | | | |
| 11 | Feb | 2020 | | | | | | | | | | | | | |
| Día | Mes | Año | | | | | | | | | | | | | |
| III. DOCUMENTOS DEPOSITADOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia Acción de Personal de Cancelación o Renuncia | <input checked="" type="checkbox"/> Certificación de Trabajo del SIUBEN | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Certificación de Cargos de la Contraloría General de la República | <input type="checkbox"/> Certificaciones de Trabajo de otras Instituciones | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fotocopia de la Cédula de Identidad y Electoral | <input checked="" type="checkbox"/> Fotocopia Cálculo de Indemnización de la SEAP | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del Solicitante <u>Melaine R. Rojas</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV. INFORMACION SOBRE VACACIONES | | | | | | | | | | | | | | | |
| Año <u>2019</u> Disfrutadas <input type="checkbox"/> No disfrutadas <input checked="" type="checkbox"/> | Información Verificada por: <u>María Angélica Vargas</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| Año _____ Disfrutadas <input type="checkbox"/> No disfrutadas <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expediente Recibido por _____ | Firma _____ | Fecha _____ | | | | | | | | | | | | | |

