

INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE VIÁTICOS Y SEGURO

AVISO IMPORTANTE: Es necesario que su equipo de computo cuente con el programa Adobe Reader y conexión a una impresora.

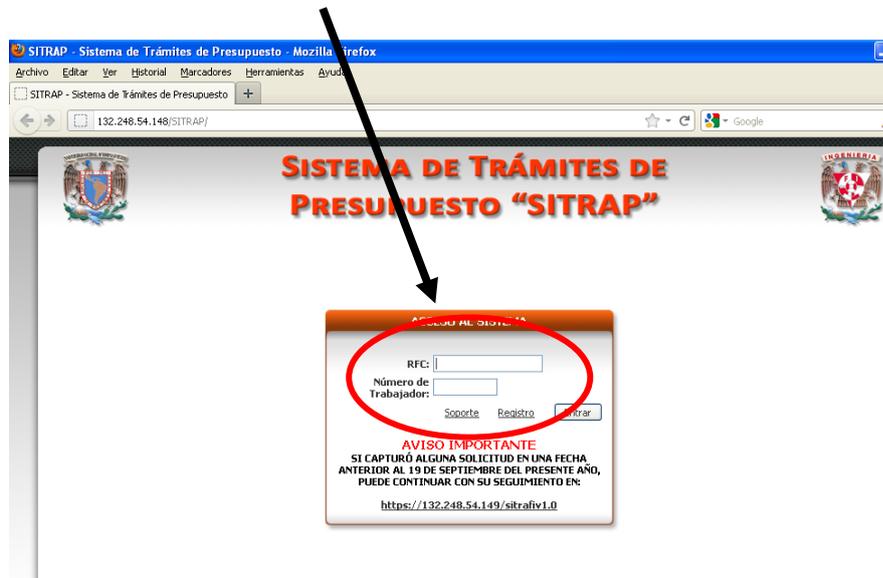
1. Ingresar a la página: <http://132.248.54.148/SITRAP/>

Si apareciera el siguiente mensaje de **Advertencia de Seguridad**, seleccionar **Permitir**, ya que de lo contrario no se accederá a la página del "SITRAP".



**Seleccionar
Permitir**

2. Una vez que haya seleccionado Permitir, aparecerá la siguiente pantalla. Proporcionar su **RFC**, así como su **número de trabajador**.



En caso de ser la primera vez que se registra, deberá confirmar y en su caso completar los datos que aparecerán en la pantalla que esté activa. **La unidad responsable será el Departamento al que pertenece.**

3. Una vez que seleccione **Entrar**, se mostrará la siguiente pantalla. En la parte inferior del menú que aparece al extremo izquierdo, se mostrará su nombre como usuario.

Su nombre como **Usuario**

USUARIO:
NOE SANTILLAN PIÑA

4. Una vez confirmada la información del paso anterior, seleccionar en el icono de **TRÁMITES**, la opción de **Viáticos**, en el margen izquierdo de la pantalla.

TRÁMITES

Viáticos

Gastos de Trabajo de Campo

Gastos de Intercambio

5. En la nueva ventana introducir los datos de la práctica:

SISTEMA DE TRÁMITES DE PRESUPUESTO "SITRAP"

MENÚ << Solicitud de Pago por Gastos de Viáticos

INICIO
TRÁMITES
Viáticos
Gastos de Trabajo de Campo
Gastos de Intercambio
CONSULTAS
Estatus de Trámites
REPORTES
Histórico de Trámites
OPCIONES
Actualizar Datos del Sistema
SALIR

USUARIO:
NOE SANTILLAN PIÑA

DATOS DEL VIAJE

Destino:	NACIONAL
Medio de pago:	CHEQUE
Estado:	SELECCIONAR
Fecha de Salida:	28/11/2011
Fecha de Regreso:	28/11/2011
Motivo:	
Observaciones:	
Fuente de Financiamiento:	PRESUPUESTO
Nombramiento:	SELECCIONAR
Responsable de Firmar Trámite:	DR. JOSE ANTONIO HERNANDEZ ESPRIU
¿Elegir otro Responsable de Firma?:	No

Beneficiario(s) Seguro:
Agregar Beneficiario
Validar Trámite

Seleccionar la opción Cheque

Aquí se deberá colocar la siguiente leyenda: **Visita al sitio señalado para aplicar conocimientos.**

Si no se tienen observaciones bastara con colocar un **OK.**

Aquí se debe seleccionar la opción **Presupuesto**

A la pregunta ¿Elegir otro Responsable de Firma? Seleccionar la opción **No**

6. Al teclear la opción **Agregar Beneficiario**, se desplegara la siguiente ventana.

SISTEMA DE TRÁMITES DE PRESUPUESTO "SITRAP"

MENÚ << Solicitud de Pago por Gastos de Viáticos

INICIO
TRÁMITES
Viáticos
Gastos de Trabajo de Campo
Gastos de Intercambio
CONSULTAS
Estatus de Trámites
REPORTES
Histórico de Trámites
OPCIONES
Actualizar Datos del Sistema
SALIR

USUARIO:
NOE SANTILLAN PIÑA

DATOS DEL VIAJE

Destino:	NACIONAL
Medio de pago:	CHEQUE
Estado:	SELECCIONAR
Fecha de Salida:	28/11/2011
Fecha de Regreso:	28/11/2011
Motivo:	
Observaciones:	
Fuente de Financiamiento:	PRESUPUESTO
Nombramiento:	SELECCIONAR
Responsable de Firmar Trámite:	DR. JOSE ANTONIO HERNANDEZ ESPRIU
¿Elegir otro Responsable de Firma?:	No

Beneficiario(s) Seguro:
Agregar Beneficiario
Validar Trámite

Nuevo Beneficiario

Nombre:
Parentesco:
Porcentaje: %
Aceptar Cancelar

Introducir los datos de nombre, parentesco y porcentaje. Seleccione Aceptar y repita Agregar Beneficiario en el caso de que sea más de un beneficiario.

Al finalizar de ingresar beneficiario(s), **Validar Trámite**

7. Después de **Validar Trámite**, aparecerá la siguiente ventana en donde debe seleccionar **Descargar documentación**.

USUARIO:
NOE SANTILLAN PIÑA

8. Pulsando el botón **“Descargar Documentación”** se genera el formato **F1 PPO 01** “Formas Admva. Gastos F-1” en PDF, guarde una copia en su PC e imprima.

9. Al momento de imprimir colóquese en la parte de “Administración de páginas” y en escala de página seleccione “Ajustar a área de impresión” para que se genere completo el formato, imprímalo y proceda a entregarlo firmado, junto con toda la documentación solicitada para las prácticas de campo, al Coordinador de Prácticas Escolares.

Se tiene que realizar el número de solicitudes de acuerdo con el número de prácticas obligatorias programadas para su (s) materia (s).

Nota: si en el formato F1 PPO 01 impreso no aparece el número de folio (por ejemplo: 1746), así como la leyenda “Visita al sitio señalado para aplicar conocimientos” en motivo del viaje y con cargo a presupuesto; será motivo de rechazo por parte de la Secretaría Administrativa.

a) Formato F1 PPO 01

The image shows a complex form titled 'SOLICITUD DE PAGO POR GASTOS DE VIÁTICOS'. It includes fields for 'NOMBRE DE LA DEPENDENCIA' (Facultad de Ingeniería), 'NOMBRE DE LA SUBDEPENDENCIA' (Estudios Profesionales), 'MOTIVO DEL VIAJE' (Visita al sitio señalado para aplicar conocimientos), and 'DATOS PARA EL EGRESO'. A table at the bottom left shows 'ZONA CORRESPONDIENTE' with columns for 'ZONA', 'TARIFA DIARIA', and 'NUM. DIAS'. A table at the bottom right shows 'CLAVE EGRESO' and 'PRESUPUESTO'. A separate table at the top right shows 'CANT. DOCUMENTOS' and 'FECHA: 1746'. Red circles highlight the 'FECHA' field, the 'CLAVE EGRESO' field, and the 'MOTIVO DEL VIAJE' field. Arrows point from these circles to the corresponding fields in the main form.

b) Oficio interno de autorización

The image shows an internal authorization letter from the Faculty of Engineering, UNAM. The letter is dated 28 de noviembre de 2011 and is signed by Ing. Luis Jimenez Escobar, Secretario Administrativo. The letter requests the necessary instructions to authorize a trip to Veracruz for the purpose of applying for knowledge. A red box highlights the signature line, and an arrow points from it to the text 'Firmar el oficio'.

10. Complete el formato Consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios, a mano con la leyenda “México, D.F. a día de mes de año.”

MetLife México CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

ORIGINAL

REMITAMOS ESTE CONSENTIMIENTO

NUM. DE CERTIFICADO
R.F.C.
DAPN730424BFB
C.U.R.P.
DAPN730424HDFNXX00

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

POLIZA NUMERO	CONTRATANTE		
CA1123	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO		
NOMBRE DEL ASEGURADO			
SANTILLAN PÍRA NOE	SUMA ASEGURADA		
APellido PATERNO	APellido MATERNO	NOMBRE(S)	\$35,000.0
PLAN DEL SEGURO			OCUPACION
SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES			ACADEMICO
BENEFICIARIO(S)			PARENTESCO
***** (100 %)			*****
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS			SUMA ASEGURADA ADICIONAL
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION			\$35,000.0
REMBOLSO DE GASTOS MEDICOS			\$7,000.0

FECHA DEL CERTIFICADO	NACIMIENTO	VIGENCIA	INIC. DEL EMPLEO

ALAS 12:00HRS

EXPRESAMENTE OTORGADO A METLIFE MEXICO, S.A. MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE SEGURO, EXPEDIDA POR DICHA COMPANIA A FAVOR DEL CONTRATANTE, ESPECIFICADO EN ESTE CONSENTIMIENTO. PARA TODOS LOS EFECTOS QUE PUEDA TENER ESTE CONSENTIMIENTO, DEBO CONSTATAR QUE LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL MISMO LAS HE HECHO PERSONALMENTE, SON VERDICAS Y ESTAN COMPLETAS. EL CERTIFICADO CORRESPONDIENTE NO TENDRA VALIDEZ ALGUNDA SI NO ES REMITIDO ESTE ORIGINAL A LA CIUDAD DE MEXICO, D.F.

DESTINO: VERACRUZ - VERACRUZ
F.SALIDA: 09/12/2011
F.REGRESO: 11/12/2011

FIRMA DEL ASEGURADO
FIRMA EN ORIGINAL

HUELLA DEL PULGAR
DERECHO

TESTIGO
NOMBRE _____ DIRECCION _____

SI EL ASEGURADO NO SABE O NO PUEDE FIRMAR, ADEMAS DE IMPRIMIR SU HUELLA DIGITAL, FIRMARAN A SU RIESGO OTRA PERSONA A FAVOR DEL SEGURO.

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: _____ A _____ DE _____

*Este documento y la nota anexo que lo acompaña, están registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley General de Instituciones y Sociiedades, Mutuales de Seguros, S.O. 2011 (COPIA ORIGIN No. 42073 del 26/07/11). Al: Presidente Mexarje 111, Col. Polanco, C.P. 11510 Deleg. Miguel Alemán, México, D.F., Tel 5229-7000 Fax 5674-2117

MetLife México CONSERVE UD. ESTE CERTIFICADO

CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO

NUM. DE CERTIFICADO
R.F.C.
DAPN730424BFB
C.U.R.P.
DAPN730424HDFNXX00

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

POLIZA NUMERO	CONTRATANTE		
CA1123	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO		
NOMBRE DEL ASEGURADO			
SANTILLAN PÍRA NOE	SUMA ASEGURADA		
APellido PATERNO	APellido MATERNO	NOMBRE(S)	\$35,000.0
PLAN DEL SEGURO			OCUPACION
SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES			ACADEMICO
BENEFICIARIO(S)			PARENTESCO
***** (100 %)			*****
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS			SUMA ASEGURADA ADICIONAL
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION			\$35,000.0
REMBOLSO DE GASTOS MEDICOS			\$7,000.0

FECHA DEL CERTIFICADO	NACIMIENTO	VIGENCIA	INIC. DEL EMPLEO

ALAS 12:00HRS

METLIFE MEXICO, S.A. PAGARA AL (LOS) BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S) LA SUMA ASEGURADA QUE CORRESPONDA DE ACUERDO CON EL PLAN DEL SEGURO CONTRATADO Y LA REGULA PARA DETERMINAR DICHA SUMA ASEGURADA AL RECIBIR PRUEBAS PERTINENTES SINTO DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO, COMO DEL DERECHO DEL (LOS) BENEFICIARIO(S).

DESTINO: VERACRUZ - VERACRUZ
F.SALIDA: 09/12/2011
F.REGRESO: 11/12/2011

FIRMA DEL ASEGURADO
FIRMA EN ORIGINAL

JORGE VERGARA MACIP

EL PRESENTE CERTIFICADO DEBERA CONCORDAR CON EL CONSENTIMIENTO RESPECTIVO QUE SE ANEXA, PARA SER REMITIDO A METLIFE MEXICO, S.A.

*Este documento y la nota anexo que lo acompaña, están registrados en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley General de Instituciones y Sociiedades, Mutuales de Seguros, S.O. 2011 (COPIA ORIGIN No. 42073 del 26/07/11). Al: Presidente Mexarje 111, Col. Polanco, C.P. 11510 Deleg. Miguel Alemán, México, D.F., Tel 5229-7000 Fax 5674-2117

DESTINO: VERACRUZ - VERACRUZ
F.SALIDA: 09/12/2011
F.REGRESO: 11/12/2011

FIRMA DEL ASEGURADO
FIRMA EN ORIGINAL

DESTINO: VERACRUZ - VERACRUZ
F.SALIDA: 09/12/2011
F.REGRESO: 11/12/2011

METLIFE MEXICO, S.A.
JVERGARA

FIRMA DEL ASEGURADO
FIRMA EN ORIGINAL

JORGE VERGARA MACIP

Completar con letra a mano, Ciudad de México a día de mes de año.

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: _____ A _____ DE _____

11. Entregue los 4 documentos:

- A) Formato F1 PPO 01 “Solicitud de pago por gastos de viáticos”.
- B) Oficio interno de autorización (**firmado por usted**).
- C) Certificado Individual del Seguro colectivo de accidentes personales (**firmado por usted**).
- D) Consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios (certificado individual) UNAM (**firmado por usted**).

al **Coordinador de Prácticas Escolares y Estancias Profesionales**, junto con los demás documentos solicitados.