

"DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE SUELDO Y/O PRESTACIONES DEVENGADAS NO COBRADAS"

SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL
ESTADO DE COLIMA
P R E S E N T E

Manzanillo, Col., a 27 de Octubre 2022

Por medio de este instrumento, me permito manifestar a usted que en pleno uso de mis facultades físicas y mentales y por así convenir a mis intereses yo:

Identificación del empleado			
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Francisco	Vargas	Quintero	
R.F.C.	CURP:		
Domicilio del Empleado			
Calle y número (exterior e interior):			Teléfono particular:
Entre la calle:	Y la calle:	Colonia	
Ciudad:	Estado:	Alcaldía y/o Municipio:	Código postal:
	Colima	Manzanillo	
Correo electrónico particular:	Teléfono recados:	para Nombre y parentesco (recados):	

Es mi libre voluntad, sin que medie ningún consentimiento, designar como beneficiario(s) para cobrar los recursos humanos prestaciones ordinarias y extraordinarias devengadas no cobradas por el caso de fallecimiento o incapacidad física o mental, total o parcial del suscrito(a) a la(s) siguiente(s) persona(s):

Datos del (los) beneficiario(s)		
Apellido paterno, materno y nombre(s)	Parentesco	Porcentaje (%)
Total		100%

"DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE SUELDO Y/O PRESTACIONES DEVENGADAS NO COBRADAS"

Así mismo manifiesto que esto es independiente de la designación de beneficiarios determinado en su oportunidad en los formatos establecidos por las aseguradoras correspondientes, del seguro de vida institucional u algún otro que proporcione esta Dependencia, quedando bajo mi estricta responsabilidad la actualización de las mismas en virtud de que la que producirá los efectos legales y administrativos conducentes será la última que se haya entregado a esta Subdirección de Recursos Humanos, y se encuentre integrada en el expediente personal.

Doy total y absoluta validez al presente instrumento para que las autoridades entreguen a la(s) persona(s) antes citada(s) los elementos a que en su caso tuviera derecho a percibir y libero de toda responsabilidad a las mismas autoridades, de cualquier situación que por este documento se pudiesen presentar, ya que es mi voluntad plena la designación establecida con antelación.

También estoy consciente que en el caso de que con fecha anterior a la de este documento se hubiese hecho algún tipo de designación de beneficiarios diferente a la presente, ésta no operará para estos efectos y acepto y me responsabilizo en cuanto a que si es mi deseo y voluntad cambiar al o a los beneficiarios que he indicado en este documento, deberé sustituirlo con uno de fecha posterior y entregarlo a la Subdirección de Recursos Humanos, recabando el acuse de recibo y entregarlo al beneficiario (os), para que esté (n) enterado (s) de la designación de la que fue (ron) objeto y estén en condiciones de llevar a cabo el reclamo conducente.

Se anexa copia simple de mi identificación oficial vigente, para pronta referencia y surta los efectos legales y administrativos a que haya lugar, ante el testigo que se menciona (se anexa copia simple de identificación oficial vigente).

A T E N T A M E N T E

Francisco Vargas Quintero 27/10/2020

NOMBRE, FECHA Y FIRMA

**TESTIGO
NOMBRE Y FIRMA**

NOTA: Es importante considerar que el llenado del presente documento deberá de ser debidamente requisitado de puño y letra del empleado y con bolígrafo de tinta azul.