



“Designación de Beneficiarios de sueldo y/o prestaciones devengados no cobradas”

		FECHA
IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO		
R.F.C.:	CURP:	NOMINA:
Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Área de adscripción:		

Es mi libre voluntad designar como beneficiario (s) para cobrar los sueldos y/o prestaciones devengadas no cobradas a:

Apellido Paterno, materno y nombre (s): (solo mayores de edad)	%	Parentesco
Total	100%	

Asimismo, manifiesto que esto es independiente de la designación de beneficiarios determinada en su oportunidad en los formatos del Seguro de Vida establecidos por la aseguradora correspondiente, quedando baja mi estricta responsabilidad la actualización de la misma, en virtud de que será válida la última que haya entregado a Servicios de Salud de Veracruz y que se encuentre en el expediente personal.

Doy total y absoluta validez al presente documento para que las autoridades entreguen a la (s) persona (s) antes citada (s) los emolumentos a que en su caso tuviera derecho y libero de toda responsabilidad a las mismas autoridades de cualquier situación que por este documento pudiesen presentar.

También estoy consciente que en el caso que con fecha anterior a la de este documento se hubiese hecho de algún tipo de designación de beneficiarios diferentes a la presente, esa no operará para estos efectos.

De igual forma 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 y entregaré a Servicios de Salud de Veracruz para el resguardo correspondiente en el expediente personal.

Atentamente

Nombre y Firma

