



Gobierno de  
**México**

**Salud**  
Secretaría de Salud



## FONAC 37° CICLO

### CEDULA DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL

| DATOS PERSONALES       |               |
|------------------------|---------------|
| APELLIDO Y NOMBRE (S): |               |
| FECHA DE NACIMIENTO:   | ESTADO CIVIL: |
| R.F.C.:                | CURP:         |
| CIUDAD O ENTIDAD:      |               |

| DATOS LABORALES                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| DEPENDENCIA:                          |           |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: |           |
| CLAVE PRESUPUESTAL:                   |           |
| DIRECCIÓN:                            | C.P.:     |
| CIUDAD O ENTIDAD:                     | TELEFONO: |

| BENEFICIARIOS   |                                   |            |           |  |  |
|---|-----------------------------------|------------|-----------|--|--|
| SEÑALAR AL (LOS) BENEFICIARIO (S), PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO<br>SI SE DESIGNA A MENOR (ES) DE EDAD, INDICAR LA FECHA DE NACIMIENTO                |                                   |            |           |  |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE (S)  | FECHA DE NACIM.<br>DD / MM / AAAA | PARENTESCO | PORC<br>% |  |  |
|   |                                   |            |           |  |  |
|   |                                   |            |           |  |  |
|   |                                   |            |           |  |  |
| DURANTE LA MINORIA DE EDAD, PAGUESE A:  |                                   |            |           |  |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE (S)  | PARENTESCO CON EL ASEGURADO       |            |           |  |  |
|   |                                   |            |           |  |  |
|   |                                   |            |           |  |  |
| EL CAMBIO DE BENEFICIARIO SE PODRA HACER EN CUALQUIER TIEMPO MEDIANTE ESCRITO.<br>SE RECOMIENDA COMUNICAR DICHA DESIGNACIÓN A SU (S) BENEFICIARIO (S) |                                   |            |           |  |  |

OTORGO MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN EL FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE PARA LOS EFECTOS QUE HAYA LUGAR.



**2026**  
año de  
Margarita  
**Maza**

FECHA DE INSCRIPCIÓN

FIRMA DEL TRABAJADOR



Gobierno de  
**México**

**Salud**  
Secretaría de Salud



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**



## INSTRUTIVO DEL FORMATO DE LA CÉDULA DE INSCRIPCIÓN

- 1.- Anotar el nombre completo del trabajador
- 2.- Fecha de nacimiento del trabajador
- 3.- Deberá anotar el estado civil del trabajador
- 4.- RFC con Homoclave a 13 posiciones, de acuerdo a su comprobante de pago
- 5.- CURP a 18 posiciones, de acuerdo a su comprobante de pago
- 6.- Entidad o Ciudad en donde radica el trabajador
- 7.- Nombre de la Dependencia a la que pertenece el trabajador
- 8.- Unidad en la que se encuentra adscrito el trabajador.
- 9.- Anotar la Clave presupuestal completa de acuerdo a su comprobante de pago
- 10.- Dirección completa en donde se encuentra el Centro de Trabajo
- 11.- Código postal del Centro de Trabajo
- 12.- Ciudad o Entidad en donde se encuentra el Centro de Trabajo.
- 13.- Teléfono del Centro de Trabajo.
- 14.- Nombre y apellidos de los beneficiarios designados por el trabajador
- 15.- Fecha de nacimiento completa del beneficiario designado.
- 16.- Anotar el parentesco del beneficiario designado con el trabajador.
- 17.- Anotar a un beneficiario designado en caso de existir beneficiarios menores de edad.
- 18.- Deberá anotar el parentesco del beneficiario designado.
- 19.- Fecha de inscripción al ciclo correspondiente.



Gobierno de  
**México**

**Salud**  
Secretaría de Salud

20- Firma del trabajador autógrafa conforme a la identificación oficial.



**2026**  
año de  
**Margarita  
Maza**