

"2017, AÑO DEL CENTENARIO DE LA PROMULGACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS"

Subdirección General de Administración y Finanzas.
Dirección de Administración.
Unidad de Servicios de Personal.
Departamento de Relaciones Laborales.
Asunto: Circular núm.087
Oaxaca de Juárez, Oax. 14 de agosto de 2017.

CC. DIRECTOR DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL ESTADO DE OAXACA, SUBDIRECTORES GENERALES, COORDINADORES GENERALES, JEFES DE JURISDICCIONES SANITARIAS, DIRECTORES DE ÁREA, HOSPITALES, CENTRO DE SALUD, LESSPO, JEFES DE UNIDAD Y DE DEPARTAMENTO. PRESENTE.

En seguimiento al oficio circular Núm. DGRH-DGAAOCSP-992-2017, de fecha 28 de julio de 2017, suscrito por el Director Adjunto de Administración Operación y Control de Servicios de Personal de la Secretaría de Salud a través del cual comunica a este Organismo Público Descentralizado, los lineamientos por los que rigen el Fondo de Ahorro Capitalizable FONAC, y que además y con el fin de evitar afectaciones o complicaciones a los beneficiarios en el momento de realizar trámites para el cobro de la cobertura del seguro se agreguen los requisitos siguientes:

Los trabajadores inscritos, requisitarán con su firma autógrafa en original y dos copias en la Cédula de Inscripción Individual y designación de beneficiario, además, anexarán copia fotostática de la identificación (credencial de elector de sus beneficiarios), así como copia del talón de pago donde figure el descuento del concepto 21 (se anexa formato).

Es necesario aclarar que todos los Jefes de Recursos Humanos deberán remitir al Departamento de Relaciones Laborales mediante oficio, la relación de todos los formatos debidamente requisitado por los trabajadores del centro de trabajo anexando la documentación ya mencionada.

Una vez recibido el formato oficialmente en el Departamento de Relaciones Laborales, las Unidades responsables conservarán una copia de la cédula en el expediente personal de cada trabajador.

...2

"2017, AÑO DEL CENTENARIO DE LA PROMULGACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS"

... 2

Cabe aclarar que a todo trabajador que se desincorporó durante el ciclo 28° de FONAC, ya se les están recepcionando las solicitudes de Liquidación Anticipada, toda vez que la vigencia para su liquidación es de un año a partir de su desincorporación.

Por lo que les agradeceré difundan esta información a los trabajadores a su cargo.

ATENTAMENTE.
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.
"EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ"



Gobierno del Estado

SALUD

Secretaría de Salud
Servicios de Salud de Oaxaca
Dirección de
Administración

M.A. EUSTORGIO MARTÍNEZ MARTÍNEZ,
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

- C.f.p.- LIC. Celestino Manuel Alonso Álvarez.- Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Para su conocimiento.
- LIC. Francisco Javier Cornejo Roldán.- Subdirector General de Administración y Finanzas de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.
- LIC. Carlos Felgueres Salazar.- Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.
- C.P. Raquel García Martínez.- Jefa de la Unidad de Servicios de Personal de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.
- ENF. Constantino Mario Félix Pacheco.- Secretario General de la Sección Sindical Núm. 35 del S.N.T.S.A.- Mismo fin.
- LIC. Alejandro Villar Gallegos.- Secretario General de la Sección Sindical Núm. 71 del SNTSA.- Mismo fin.
- C. Adolfo Carrasco Martínez.- Secretario General de la Sección Sindical Núm. 73 del S.N.T.S.A.- Mismo fin.
- C. Mario Agustín Ramírez Paz.- Secretario General de la Sección Sindical Núm. 94 del SNTSA.- Mismo fin.

RCM*RCAG*NAP*HRE*mozt. .

www.salud.oaxaca.gob.mx

CEDULA DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE (S) _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL _____

R.F.C. _____ CURP _____

DATOS LABORALES

CIUDAD O ENTIDAD _____ DEPENDENCIA _____

CLAVE PRESUPUESTAL _____

UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN _____

DOMICILIO _____ C.P. _____

TELEFONO _____

BENEFICIARIOS

SEÑALAR AL (LOS) BENEFICIARIO (S), PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE (S)	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE (100%)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DURANTE LA MINORIA DE EDAD, PAGUESE A:

APELLIDOS Y NOMBRE (S)	PARENTESCO CON EL ASEGURADO
_____	_____
_____	_____

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

_____ _____ _____
FECHA DE INSCRIPCIÓN CICLO FIRMA DEL TRABAJADOR

**NOTA: EL CAMBIO DE BENEFICIARIO SE PODRA HACER EN CUALQUIER TIEMPO MEDIANTE ESCRITO.
SE RECOMIENDA COMUNICAR DICHA DESIGNACIÓN A SU (S) BENEFICIARIO (S)**