



"2022, AÑO DEL CENTENARIO DE LA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA"

Subdirección General de Administración y Finanzas.
Dirección de Administración.
Unidad de Servicios de Personal.
Departamento de Relaciones Laborales.
Circular Núm. 021

Oaxaca de Juárez, Oax., 29 de marzo 2022.

**CC. SUBDIRECTORES GENERALES,
DIRECTORES DE ÁREA, COORDINACIONES GENERALES,
JEFES DE JURISDICCIONES SANITARIAS,
DIRECTORES DE HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD,
JEFES DE UNIDAD Y DEPARTAMENTOS.
P R E S E N T E.**

Con fundamento en los artículos 2, letra B, fracción XIII y 29, fracción XXIX, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Federal, me permito enviar el formato denominado "**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE SUELDO Y/O PRESTACIONES DEVENGADAS NO COBRADAS**", el cual tiene como finalidad que las y los servidores públicos de estos Servicios de Salud **designen a los beneficiarios del pago de sueldos y salarios devengados y no cobrados, en caso de fallecimiento, incapacidad física o mental, total o parcial.**

Por lo anterior, se solicita se difunda dicho formato a los servidores públicos activos adscritos a sus Unidades, el cual deberá ser requisitado en tres tantos originales conforme al orden siguiente:

- 1 tanto original para la o el servidor público;
- 1 tanto original para la Unidad Administrativa, y
- 1 tanto original, deberá remitirse al Departamento de Relaciones Labores dependiente de esta Dirección de Administración a mi cargo, para su integración y resguardo en el expediente personal del empleado.

Así mismo, se solicita nos hagan llegar la plantilla del personal adscrito a su centro de trabajo, de forma electrónica en la cual deberá especificar quienes han cumplido con dicho requerimiento.

Haciendo de su conocimiento que el personal designado para la recepción de la documentación y aclaración de dudas al respecto es directamente la Coordinación de Prestaciones Institucionales del Departamento de Relaciones Laborales de los S.S.O.



"2022, AÑO DEL CENTENARIO DE LA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA"

Es importante mencionar, que en dicho formato sólo se deberá considerar como beneficiarios a personas con mayoría de edad cumplida al momento de su elaboración, o de ser el caso que únicamente se tenga o trate de menores de edad, señalar a las personas que fungirán como tutores y/o responsables de los mismos para el procedimiento correspondiente; resultando factible que los servidores públicos realicen las actualizaciones que consideren pertinentes durante su estancia en estos Servicios de Salud de Oaxaca.

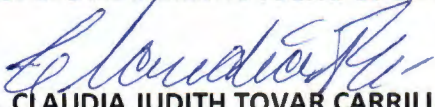
No omito señalar, que en caso de fallecimiento, incapacidad física o mental, total o parcial de los servidores públicos, deberá anexarse a la solicitud de pagos pendientes al o los beneficiarios, el último formato de designación citado y requisitado por el (la) servidor (a) público y en caso de no tenerlo, se deberá anexar copia certificada del testamento o del juicio sucesorio intestamentario, a fin de que se determine conforme a derecho a quien (es) deberá (n) emitirse los pagos pendientes por liquidar de los servidores públicos.

Sin otro particular, les reitero las muestras de mi consideración distinguida.

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



Gobierno del Estado


C.P. CLAUDIA JUDITH TOVAR CARRILLO.
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.

SALUD
Secretaría de Salud
Servicios de Salud de Oaxaca
Dirección de
Administración

C.f.p.- Mtra. Virginia Sánchez Ríos.- Secretaria de Salud del Estado y Directora General de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Para su conocimiento.
Lic. Alejandro Negrete Álvarez.- Subdirector General de Administración y Finanzas de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.
Lic. Guillermo Cabral Ballesteros.- Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.
A todas las Secciones Sindicales- Mismo fin.


EAH* RAG* NAP* ORR*

“DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE SUELDO Y/O PRESTACIONES DEVENGADAS NO COBRADAS”

**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
Y ORGANIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD
P R E S E N T E**

Ciudad de México, a _____.

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	
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:
Correo electrónico particular:	Teléfono para recados:	Nombre y parentesco (recados):	

Es mi libre voluntad designar como beneficiario(s) para cobrar los sueldos y/o prestaciones ordinarias y extraordinarias devengadas no cobradas en 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 Dirección General de Recursos Humanos y Organización, 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 emolumentos 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 Dirección General de Recursos Humanos y Organización, 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.

ATENTAMENTE

NOMBRE, FECHA 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.