



SUBDIRECCIÓN:	GENERAL DE ADMON. Y FINANZAS
DIRECCIÓN:	DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD:	DE SERVICIOS AL PERSONAL
DEPARTAMENTO:	RELACIONES LABORALES

ASUNTO: CIRCULAR No. 019.

Oaxaca, Oax., 23 de febrero 2012.

CC.
DIRECTORES, JEFES DE UNIDADES, JEFES DE DEPARTAMENTO, JEFES JURISDICCIONALES, DIRECTORES DE HOSPITALES, CESSA, CENTROS DE SALUD Y LABORATORIO ESTATAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.
P R E S E N T E.

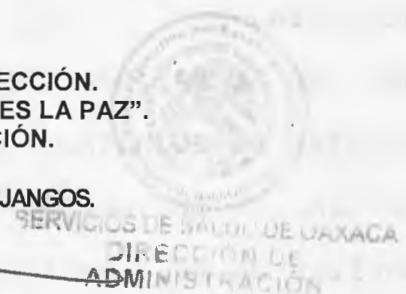
Con el propósito de que todo el personal de base cuente con la cédula de designación de beneficiarios de FONAC actualizada, envié a usted Formato "Cédula de Inscripción de FONAC", para que por medio de su conducto, gire sus apreciables instrucciones a quien corresponda, para que se requisen en original y dos copias, cuyas firmas deberán ser autógrafas en los tres tantos, anexando copia fotostática reciente de las actas de nacimiento de quienes nombren como beneficiarios y copia fotostática del comprobante de pago donde figure el descuento del concepto 21,

No omito mencionar, que una vez recabadas las Cédulas, deberán ser relacionadas y remitidas a este Departamento de Relaciones Laborales por medio de oficio a más tardar el 15 de abril del presente año.

Lo anterior con la finalidad de contar con información veraz y oportuna de los trabajadores inscritos al Fondo de Ahorro Capitalizable.

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

LIC. RUBÉN CELESTINO PORTILLO MUJANGOS.



- C.c.p.- C. ING. JENOE RUÍZ LÓPEZ.-Secretario Gral. de la Sección Sindical N° 35 del S.N.T.S.A.- Para su conocimiento.
 C. ALFREDO MARQUEZ ZAPOT.-Secretario Gral. de la Sección Sindical N° 71 del S.N.T.S.A.-IDEM.
 C. AUBERTO LEOPOLDO MARQUEZ VILLEGAS.-Secretario General de la Sección Sindical N° 73 del S.N.T.S.A.-IDEM.
 C. LIC. JESÚS CERQUEDA MARTÍNEZ -Secretario General de la Sección Sindical N° 94 del S.N.T.S.A.-IDEM.

CRFH*MA*MR*BIC*HRF*



FONAC

CEDULA DE INSCRIPCION INDIVIDUAL

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE (S) _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL _____
R. F. C. _____ DOMICILIO _____
C.P. _____ TEL. PART. _____ CIUDAD O ENTIDAD _____

DATOS LABORALES

DEPENDENCIA _____ SECRETARIA DE SALUD _____
UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION _____ SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA _____
CLAVE PRESUPUESTAL _____ NIVEL _____ - - - _____
DIRECCION _____ J. P. GARCIA No. 103, COL. CENTRO _____ C.P. _____ 68000 _____
TELEFONO _____ 01 951 51 6 34 64 _____ CIUDAD O ENTIDAD _____ OAXACA DE JUAREZ, OAXACA _____

BENEFICIARIOS

SEÑALAR AL (LOS) BENEFICIARIO (S), PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO
SI SE DESIGNA A MENOR (ES) DE EDAD, INDICAR LA FECHA DE NACIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE (S)	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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.
SE RECOMIENDA COMUNICAR DICHA DESIGNACION A SU (S) BENEFICIARIO (S)

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

FECHA DE INSCRIPCION

FIRMA DEL TRABAJADOR