



Universidad Veracruzana

# SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS Dirección General de Recursos Humanos

Registro o Actualización de Beneficiarios del trabajador

ARH-GE-F-42

| *FECHA DE ELABORACIÓN |     |     |  |  |  |
|-----------------------|-----|-----|--|--|--|
| DIA                   | MES | ANO |  |  |  |
|                       |     |     |  |  |  |

|          |  |
|----------|--|
| REGISTRO |  |
| CAMBIOS  |  |

### IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| No. DE PERSONAL |
|-----------------|
|                 |

| CLAVE DE LA DEPENDENCIA |
|-------------------------|
|                         |

| NOMBRE DE LA DEPENDENCIA |
|--------------------------|
|                          |

De conformidad con lo establecido en el Art. 501 de la Ley Federal del Trabajo, el trabajador deberá designar a sus beneficiarios para el pago de los salarios y prestaciones devengadas y no cobradas o las que se generen por su fallecimiento o desaparición derivada de un acto delincual.

|        |                  |
|--------|------------------|
| NOMBRE | APELLIDO PATERNO |
|        | APELLIDO MATERNO |
|        | NOMBRE (S)       |

### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

|    | NOMBRE | DOMICILIO | LUGAR DE ORIGEN | FECHA DE NAC | ESTADO CIVIL | % PROP. |
|----|--------|-----------|-----------------|--------------|--------------|---------|
| 1- |        |           |                 |              |              |         |
| 2- |        |           |                 |              |              |         |
| 3- |        |           |                 |              |              |         |
| 4- |        |           |                 |              |              |         |
| 5- |        |           |                 |              |              |         |

\* En caso de designar como beneficiario a un menor de edad deberá señalar expresamente a un albacea.

|    | ALBACEA | DOMICILIO | LUGAR DE ORIGEN | FECHA DE NAC | ESTADO CIVIL | % PROP. |
|----|---------|-----------|-----------------|--------------|--------------|---------|
| 1- |         |           |                 |              |              |         |
| 2- |         |           |                 |              |              |         |
| 3- |         |           |                 |              |              |         |

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que es mi voluntad designar como beneficiarios a las personas aquí relacionadas y firmo al calce para debida constancia.

|                     |   |
|---------------------|---|
| FIRMA DE TRABAJADOR | SELLO, FIRMA Y FECHA DE LA OFICIALIA DE PARTES DE LA DGRH |
|                     |   |

ORIGINAL: U.V. COPIA: TRABAJADOR

| No. de revisión | Fecha de revisión o modificación | Sección o página modificada | Descripción de la revisión o modificación |
|-----------------|----------------------------------|-----------------------------|---|
| 0               |                                  |                             |   |

| Propone  | Autoriza   | Fecha            |                  |
|--|--|------------------|------------------|
|  |  | Autorización     | Entrada en vigor |
| Mtra. Raín Rojas Molina<br>Dirección de Personal | C.P. Luágelma Murcia Villagómez<br>Dirección General de Recursos Humanos | 26 de marzo 2021 | 1 de abril 2021  |