



“2016: AÑO DEL FOMENTO A LA LECTURA Y LA ESCRITURA”

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

**C I R C U L A R No. 038.**

Oaxaca de Juárez, Oax., 29 de marzo 2016.

**CC. SUBDIRECTORES GENERALES,  
COORDINADORES GENERALES,  
DIRECTORES DE ÁREA,  
JEFES DE JURISDICCIÓN,  
DIRECTORES DE HOSPITALES,  
JEFES DE UNIDAD, JEFES DE DEPARTAMENTO  
Y DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD.  
P R E S E N T E.**

De conformidad con lo establecido en los Artículos 100 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores al Servicio del Estado y 32 del Reglamento para el Otorgamiento de Pensiones del Régimen de Cuentas Individuales, me permito informar que los **TRABAJADORES FORMALIZADOS 2ª ETAPA**, podrán optar que se les descuenta hasta el dos por ciento de su Salario Básico para ser acreditado en la subcuenta de ahorro solidario que se apertura para tal efecto en su cuenta individual.

Para tal fin, el trabajador deberá requisitar el formato “Ahorro Solidario Documento de Elección” anexo, mismo que remitirá al Departamento de Relaciones Laborales, área de Afiliación al ISSSTE.

De igual forma, se adjunta el formato del Seguro de Vida Institucional, con el fin de que los trabajadores antes mencionados, expresen su consentimiento para ser asegurados y en el que podrán designar a sus beneficiarios. Dicha información deberá ser remitida por medio del Jefe de Recursos Humanos o de forma personal a partir de la fecha.

No omito manifestarles que la observancia de la presente disposición y el incumplimiento del envío de la información requerida quedaran bajo la responsabilidad de todos ustedes.

.... 2





Servicios de  
Salud de Oaxaca

2016 - 2016 OAXACA

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE CON HOMOCLOVE

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MÁQUINA DE ESCRIBIR

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

CONTRATANTE

**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**

NOMBRE DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA EN MESES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA BRUTA

En caso de contratar algún incremento de suma asegurada (34 ó 51 ó 68 meses más de sueldo bruto), la suma asegurada total será entonces la suma de 40 meses más la opción contratada

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD

DÍA

MES

AÑO

\*BENEFICIARIO (S) Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formato, salvo que desee que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mi deseo que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estov consciente que no podré realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.

Llenar solo en caso de que se desee que la presente designación de Beneficiarios sea irrevocable

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

PORCENTAJE

PARENTESCO

BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA:  
INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ

EXPRESAMENTE OTORGO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA, MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN

ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

FIRMA DEL ASEGURADO

HUELLA DEL PULGAR DERECHO

TESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ESTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN RECURSOS HUMANOS Y DEJARÁ SIN EFECTOS A LAS QUE SE HAYAN FIRMADO Y ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.

\* BENEFICIARIOS:

En el caso que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen las formas en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso, solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.



AHORRO SOLIDARIO

# DOCUMENTO DE ELECCIÓN

**Formato para optar por el beneficio del Ahorro Solidario aplicable a los trabajadores incorporados al Régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.**

FECHA Y LUGAR DE ELABORACIÓN \_\_\_\_\_

FECHA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE PROBLACIÓN (CURP) \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA O ENTIDAD \_\_\_\_\_

CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TRABAJADOR \_\_\_\_\_, con fundamento en los artículos 100 de la Ley del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado y 32 del Reglamento para el Otorgamiento de Pensiones del Régimen de Cuentas Individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado, elijo optar por el beneficio del ahorro solidario, bajo la información establecida en el presente documento.

SUELDO BÁSICO \_\_\_\_\_

## MONTO DEL DESCUENTO

**Autorizo se descuenta de mi Sueldo Básico mensual el siguiente porcentaje, para que sea depositado en la subcuenta de ahorro solidario de mi cuenta individual:**

CERO POR CIENTO

UNO POR CIENTO

DOS POR CIENTO

**Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.**

FIRMA DEL TRABAJADOR \_\_\_\_\_

Estimado trabajador, utilice este formato para optar por el beneficio del ahorro solidario. Una vez llenado, **deberá entregarlo en el área de Recursos Humanos de su centro de trabajo** En caso de elegir la opción del cero por ciento, estará manifestando su determinación de no optar por el beneficio del ahorro solidario

## INFORMACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

De conformidad con establecido en los artículos 100 de la ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y 32 del Reglamento para el otorgamiento de pensiones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, los Trabajadores podrán optar por que se les descuenta hasta el dos por ciento de su sueldo básico para ser acreditado en la subcuenta de ahorro solidario que se apertura para tal efecto en su cuenta individual. Por lo anterior los Trabajadores que opten por dicho beneficio, deberán comunicar su determinación a la Dependencia o Entidad en la que laboren, señalando si el descuento aplicable es equivalente al uno o al dos por ciento de su sueldo básico. En términos de los fundamentos normativos citados, las Dependencias o Entidades según corresponda, estarán obligadas a depositar en la subcuenta de ahorro solidario, tres pesos con veinticinco centavos, por cada peso que ahorren los trabajadores con un tope máximo del seis punto cinco por ciento del sueldo básico.