

"2020, Año de la Pluriculturalidad de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos"

Subdirección General de Administración y Finanzas.  
Dirección de Administración.  
Unidad de Servicios de Personal.  
Departamento de Relaciones Laborales.  
**Circular núm. 062.**  
Oaxaca de Juárez, Oax., 08 de julio 2020.

**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 Administrativas, 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 resguardo e integración en el expediente personal del empleado.

Así mismo, se solicita que el nuevo formato en comento, se considere como parte de los documentos que deba requisitar el personal de nuevo ingreso y/o reingreso a estos Servicios de Salud, a fin de que se remita un tanto original anexo al Formato de Movimientos de Personal de Alta y Reingreso según corresponda, para su integración en el expediente personal.

"2020, Año de la Pluriculturalidad de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos"

Haciendo de su conocimiento que el personal designado para la recepción de la documentación Y aclaración de dudas al respecto es del Departamento de Relaciones Laborales o al correo electrónico [relabssso@hotmail.com](mailto:relabssso@hotmail.com) o al número telefónico 51 3 49 51 ext. 103.

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, 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 esta Secretaría de Salud.

No se omite 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 (a) 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

**SALUD**

Secretaría de Salud  
Servicios de Salud de Oaxaca

Dirección de  
Administración

**MTRO. DAVID CONCHA SUÁREZ.**  
**DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE LOS**  
**SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.**

- C.f.p.- **MTRO. Donato Augusto Casas Escamilla.**- Secretario de Salud del Estado y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Para su conocimiento.  
**DR. Luis Martín de Jesús Mathus Alonso.**- Subdirector General de Administración y Finanzas de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.  
**LIC. Elena Elizabeth de la Rosa Revilla.**- Directora de Asuntos Jurídicos 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.  
**C. Jorge Aguilar 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 S.N.T.S.A.- Mismo fin.  
**LIC. Alejandro Villar Gallegos.**- Secretario General de la Sección Sindical núm. 71 del S.N.T.S.A.- Mismo fin.

\*SAJ\*CGAR\*NAP\*H\*

**“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 (%)
<b>Total</b>		<b>100%</b>

## **“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.