



**"2024, Bicentenario de la integración de Oaxaca a la Republica Mexicana"**

**Oficio No:** SSO/SGAF/DA/USP/DRL/C/46/07/2024.  
**Asunto:** Inscripción al **36° Ciclo de FONAC**.  
Oaxaca de Juárez, Oax., 11 de julio de 2024.

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

En cumplimiento al oficio circular N° DGRHO/19/2024 de fecha 17 de junio de 2024, suscrito por la Lic. Analí Santos Avilés, Directora General de Recursos Humanos y Organización de la Secretaría de Salud y recibido el día 11 de julio del mismo año, mediante el cual nos informa, que de conformidad con los lineamientos establecidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en relación a la operación del Fondo de Ahorro Capitalizable (FONAC), se hace del conocimiento los criterios que se deben observar para los trabajadores de base adscritos a los Servicios de Salud de Oaxaca (**No Transferidos**), que se inscribirán al **36° ciclo de FONAC**, el cual tendrá vigencia del 16 de julio de 2024 al 15 de julio de 2025.

1. Tendrán derecho a participar en el FONAC, **personal de base (No transferidos) de los Servicios de Salud de Oaxaca**, los trabajadores que tengan plaza **de base o de confianza operativa**, siempre y cuando sus percepciones estén situadas en el concepto 07 "Sueldo Base", hasta el Nivel de tabulador inferior a mando medio.
2. Los trabajadores que deseen cambiar beneficiarios, deberán requisitar el formato FONAC 01 y enviarlo al Departamento de Relaciones Laborales dependiente de esta Dirección, con la C. Martha Ofelia Zarate Rojas, a más tardar el día 19 de julio del presente año.
3. Las Unidades responsables conservarán una copia de la Cédula en el expediente personal de cada trabajador.
- 4.- Los trabajadores inscritos en el presente Ciclo y que se desincorporen del FONAC por diversas causas, **NO PODRÁN PARTICIPAR EN EL SEGUNDO PERIODO**, debiendo esperar hasta el mes de julio de 2025, para su inscripción al 37° ciclo.
- 5.- Los trabajadores Regularizados y Formalizados que participan en el FAEC, deberán esperar el comunicado correspondiente de estos Servicios de Salud de Oaxaca.

Por lo que les agradeceré difundan esta información a los trabajadores a su cargo, para su puntual cumplimiento.

**ATENTAMENTE.**  
**"EL RESPETO AL DERECHO AJENO, ES LA PAZ".**

**L. C. PALEJO ESAÚ RAMÍREZ.**  
**DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.**



C.f.p.- **Dra. Alma Lilia Velasco Hernández.**- Secretaria de Salud del Estado y Directora General de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Para su conocimiento.  
**C. Octavio Torres Castillo.**- Subdirector General de Administración y Finanzas de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.  
**Lic. Christian Jiménez Sánchez.**- Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.  
**Lic. Gloria Magda Castellanos Morales.**- Encargada de la Unidad de Servicios al Personal de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.  
**Sindicatos.**- Mismo fin.

GMCM\*JM\*NAP\*ORR

# CEDULA DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL

## DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE (S) \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
R.F.C. \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
CIUDAD O ENTIDAD \_\_\_\_\_

## DATOS LABORALES

DEPENDENCIA \_\_\_\_\_  
UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION \_\_\_\_\_  
CLAVE PRESUPUESTAL \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
CIUDAD O ENTIDAD \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

## 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	PORC. %
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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 DESIGNACIÓN A SU (S) BENEFICIARIO (S)

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

\_\_\_\_\_  
FECHA DE INCRIPCION

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

## **INSTRUTIVO DEL FORMATO DE LA CÉDULA DE INSCRIPCIÓN**

- 1.- Anotar el nombre completo del trabajador
- 2.- Fecha de nacimiento del trabajador
- 3.- Deberá anotar el estado civil del trabajador
- 4.- RFC con Homoclave a 13 posiciones, de acuerdo a su comprobante de pago
- 5.- CURP a 18 posiciones, de acuerdo a su comprobante de pago
- 6.- Entidad o Ciudad en donde radica el trabajador
- 7.- Nombre de la Dependencia a la que pertenece el trabajador
- 8.- Unidad en la que se encuentra adscrito el trabajador.
- 9.- Anotar la Clave presupuestal completa de acuerdo a su comprobante de pago
- 10.- Dirección completa en donde se encuentra el Centro de Trabajo
- 11.- Código postal del Centro de Trabajo
- 12.- Ciudad o Entidad en donde se encuentra el Centro de Trabajo.
- 13.- Teléfono del Centro de Trabajo.
- 14.- Nombre y apellidos de los beneficiarios designados por el trabajador
- 15.- Fecha de nacimiento completa del beneficiario designado.
- 16.- Anotar el parentesco del beneficiario designado con el trabajador.
- 17.- Anotar a un beneficiario designado en caso de existir beneficiarios menores de edad.
- 18.- Deberá anotar el parentesco del beneficiario designado.
- 19.- Fecha de inscripción al ciclo correspondiente.
- 20.- Firma del trabajador autógrafa conforme a la identificación oficial.