

"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 16 de octubre de 2021.

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
Abigail Porfiria		Rosas	Enriquez
R.F.C.		CURP:	
ROEA840214D9A		ROEA840214HDFSNB08	
Domicilio del Empleado			
Calle y número (exterior e interior):			Teléfono particular:
Artemisa 63 202			5570330487
Entre la calle:	Y la calle:		Colonia
Drago	Savila		La Draga
Ciudad:	Estado:	Alcaldía y/o Municipio:	Código postal:
México		Tláhuac	13273
Correo electrónico particular:	Teléfono para recados:	Nombre y parentesco (recados):	
rosa84@gmail.com	55 9194 3148	David Rosas Ortiz Padre	

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 (%)
Rosas Ortiz David	Padre	100 %.
Total		100%

**"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 libre 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, esa no operará para estos efectos 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, debere 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 este (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



16 de octubre de 2021
Abigail Porfina Rosas Zamora
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE
COFEPRIS

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.