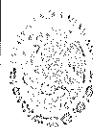


# Formato para que el asegurado designe a sus beneficiarios en el Seguro de Vida Institucional con beneficio adicional



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

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

NÚMERO DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE CON HOMOCLOVE

CAWN811012

A37

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

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

CAWN811012HNEMLS04

## CONTRATANTE

SECRETARIA DE SALUD COFEPRIS

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

CAMPOS

WILCHES

NESTOR RAUL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES (S)

\*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 estoy consciente que no podrá realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.

FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD

DÍA

MES

AÑO

01

01

2021

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

## BENEFICIARIOS DESIGNADOS

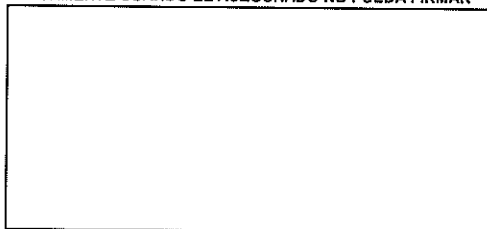
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PORCENTAJE	PARENTESCO
MERLIN	GONZALEZ	MARISOL	100	CONYUGE

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

EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARÍA DE SALUD 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:

Ciudad de México a 1 de enero de 2021

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.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL**

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO,  
ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN  
(INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y  
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN  
NÓMINA

REGISTRO FEDERAL DE  
CONTRIBUYENTES CON HOMOClave

CAWN811012

A37

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE  
POBLACIÓN

CAWN811012HNEMLS04

**ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO**

**CONSIDERACIONES**

EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y SE AUTORIZA EL CORRESPONDIENTE DESCUENTO EN NÓMINA.

ÚNICAMENTE SE DEBERÁ FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE INVALIDARÁ Y SE TENDRÁ QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO.

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2020, EN CASO DE HABER ELEGIDO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE ABRIL DE 2020).

**SUPUESTO 1 ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.**

A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:

Autorizo a la Secretaría de Salud para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

POTENCIACIÓN DE LA SUMA  
ASEGURADA EXPRESADA EN  
MESES DE SUELDO BRUTO

34	51	68
2.37%	4.03%	5.93%

Nombre del Asegurado: CAMPOS WILCHES NESTOR RAUL  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción).

Firma: \_\_\_\_\_

**SUPUESTO 2 PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN POTENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA); POR LO TANTO, EN ESTE CASO NO SE APLICARÁ NINGÚN DESCUENTO NOMINAL POR ESTE CONCEPTO.**

Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la suma asegurada).

Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la suma asegurada de mi Seguro de Vida Institucional es únicamente de 40 meses de percepción ordinaria bruta y es mi deseo así mantenerla.

Nombre del Asegurado: CAMPOS WILCHES NESTOR RAUL  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Firma: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: Ciudad de México a 1 de enero de 2021

**Formato para que el asegurado designe a sus beneficiarios en el Seguro de Vida Institucional con beneficio adicional**



**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD

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

NÚMERO DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE CON HOMOCLAVE

CAWN811012

A37

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

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

CAWN811012HNEMLS04

CONTRATANTE

SECRETARIA DE SALUD COFEPRIS

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

CAMPOS

WILCHES

NESTOR RAUL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES (S)

\*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 estoy consciente que no podre realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.

FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD

DÍA

MES

AÑO

01

01

2021

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

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

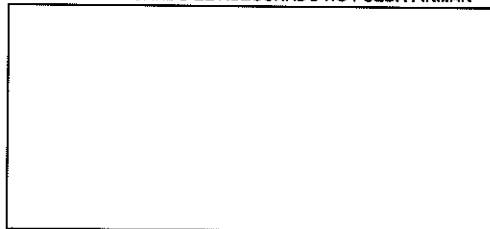
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PORCENTAJE	PARENTESCO
MERLIN	GONZALEZ	MARISOL	100	CONYUGE

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

EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARÍA DE SALUD 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:

Ciudad de México a 1 de enero de 2021

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.





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL**

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO,  
ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN  
(INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y  
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN  
NÓMINA

REGISTRO FEDERAL DE  
CONTRIBUYENTES CON HOMOClave

CAWN811012

A37

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE  
POBLACIÓN

CAWN811012HNEMLS04

**ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO**

**CONSIDERACIONES**

EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y SE AUTORIZA EL CORRESPONDIENTE DESCUENTO EN NÓMINA.

ÚNICAMENTE SE DEBERÁ FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE INVALIDARÁ Y SE TENDRÁ QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO.

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2020, EN CASO DE HABER ELEGIDO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE ABRIL DE 2020).

**SUPUESTO 1 ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.**

A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:

Autorizo a la Secretaría de Salud para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

POTENCIACIÓN DE LA SUMA  
ASEGURADA EXPRESADA EN  
MESES DE SUELDO BRUTO

34	51	68
2.37%	4.03%	5.93%

Nombre del Asegurado: CAMPOS WILCHES NESTOR RAUL  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción).

Firma: \_\_\_\_\_

**SUPUESTO 2 PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN POTENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA); POR LO TANTO, EN ESTE CASO NO SE APLICARÁ NINGÚN DESCUENTO NOMINAL POR ESTE CONCEPTO.**

Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la suma asegurada).

Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la suma asegurada de mi Seguro de Vida Institucional es únicamente de 40 meses de percepción ordinaria bruta y es mi deseo así mantenerla.

Nombre del Asegurado: CAMPOS WILCHES NESTOR RAUL  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Firma: 

Lugar y fecha: Ciudad de México a 1 de enero de 2021

# Formato para que el asegurado designe a sus beneficiarios en el Seguro de Vida Institucional con beneficio adicional



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

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

NÚMERO DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE CON HOMOCLOVE

CAWN811012

A37

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

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

CAWN811012HNEMLS04

## CONTRATANTE

SECRETARIA DE SALUD COFEPRIS

## 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

CAMPOS

WILCHES

NESTOR RAUL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES (S)

\*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 estoy consciente que no podrá realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.

## FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD

DÍA

MES

AÑO

01

01

2021

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
MERLIN	GONZALEZ	MARISOL	100	CONYUGE

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

EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARÍA DE SALUD 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:

Ciudad de México a 1 de enero de 2021

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.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL**

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO,  
ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN  
(INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y  
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN  
NÓMINA

REGISTRO FEDERAL DE  
CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE

CAWN811012

A37

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE  
POBLACIÓN

CAWN811012HNEMLS04

**ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO**

**CONSIDERACIONES**

EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y SE AUTORIZA EL CORRESPONDIENTE DESCUENTO EN NÓMINA.

ÚNICAMENTE SE DEBERÁ FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE INVALIDARÁ Y SE TENDRÁ QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO.

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2020, EN CASO DE HABER ELEGIDO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE ABRIL DE 2020).

**SUPUESTO 1 ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.**

A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:

Autorizo a la Secretaría de Salud para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

POTENCIACIÓN DE LA SUMA  
ASEGURADA EXPRESADA EN  
MESES DE SUELDO BRUTO

34	51	68
2.37%	4.03%	5.93%

Nombre del Asegurado: CAMPOS WILCHES NESTOR RAUL  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción).

Firma: \_\_\_\_\_

**SUPUESTO 2 PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN POTENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA); POR LO TANTO, EN ESTE CASO NO SE APLICARÁ NINGÚN DESCUENTO NOMINAL POR ESTE CONCEPTO.**

Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la suma asegurada).

Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la suma asegurada de mi Seguro de Vida Institucional es únicamente de 40 meses de percepción ordinaria bruta y es mi deseo así mantenerla.

Nombre del Asegurado: CAMPOS WILCHES NESTOR RAUL  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Firma: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: Ciudad de México a 1 de enero de 2021



## 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 ELABORACION \_\_\_\_\_ Ciudad de México a \_\_\_\_\_ 1 de enero de 2021

FECHA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP) \_\_\_\_\_ CAWN811012HNEMLS04

DEPENDENCIA O ENTIDAD \_\_\_\_\_ SECRETARIA DE SALUD // COFEPRIS

CLAVE DE DEPENDENCIA O ENTIDAD \_\_\_\_\_ S0009

NOMBRE DEL TRABAJADOR \_\_\_\_\_ CAMPOS \_\_\_\_\_ WILCHES \_\_\_\_\_ NESTOR RAUL \_\_\_\_\_, en

fundamento 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. elijo optar por el beneficio del ahorro solidario, bajo la información establecida en el presente documento.

SUELDO BÁSICO \_\_\_\_\_ \$7,870.58

## MONTO DEL DESCUENTO

Autorizo se descuente de mí 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, debera 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.

## INTRODUCCIÓN PARA LOS TRABAJADORES

De conformidad con lo establecido por 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 descuente 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 obligados a depositar en la subcuenta de ahorro solidario, tres pesos con veinticinco centavos por cada peso que ahoren los Trabajadores con un tope máximo de sesenta y cinco por ciento de Sueldo Básico.





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 ELABORACION Ciudad de México a 1 de enero de 2021

FECHA DE RECEPCIÓN

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP) CAWN811012HNEMLS04

DEPENDENCIA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD // COFEPRIS

CLAVE DE DEPENDENCIA O ENTIDAD S0009

NOMBRE DEL TRABAJADOR CAMPOS WILCHES NESTOR RAUL, en

fundamento 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 regimen de cuentas individuales del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. elijo optar por el beneficio del ahorro solidario, bajo la informacion establecida en el presente documento.

SUELDO BÁSICO \$7,870.58

## MONTO DEL DESCUENTO

Autorizo se descuenta de mí 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

☒ X

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, debera entregarlo en el área de recursos Humanos de su centro de trabajo. En caso de elegir la opcion del cero por ciento, estará manifestando su determinación de no optar por el beneficio del ahorro solidario.

## INFORMACION PARA LOS TRABAJADORES

De conformidad con lo establecido por 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 regimen 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 por mes 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 terminos de los fundamentos normativos citados, las Dependencias o Entidades, según corresponda, estarán obligados a depositar en la subcuenta de ahorro solidario, tres pesos con veinticinco centavos por cada peso que ahorren los Trabajadores con un tope máximo de seis punto cinco por ciento de Sueldo Básico.



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 ELABORACION Ciudad de México a 1 de enero de 2021

FECHA DE RECEPCIÓN

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP) CAWN811012HNEMLS04

DEPENDENCIA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD // COFEPRIS

CLAVE DE DEPENDENCIA O ENTIDAD S0009

NOMBRE DEL TRABAJADOR CAMPOS WILCHES NESTOR RAUL, en

fundamento 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 regimen de cuentas individuales del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, elijo optar por el beneficio del ahorro solidario, bajo la informacion establecida en el presente documento.

SUELDO BÁSICO \$7,870.58

## MONTO DEL DESCUENTO

Autorizo se descuente de mí 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, debera entregarlo en el área de recursos Humanos de su centro de trabajo. En caso de elegir la opcion del cero por ciento, estará manifestando su determinación de no optar por el beneficio del ahorro solidario.

## INFORMACION PARA LOS TRABAJADORES

De conformidad con lo establecido por 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 regimen de cuentas individuales del Instituto de seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del estado, los Trabajadores podran optar por que se les descuente 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 deberan 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 terminos de los fundamentos normativos citados, las Dependencias o Entidades, según corresponda, estarán obligados a depositar en la subcuenta de ahorro solidario, tres pesos con veinticinco centavos por cada peso que ahorren los Trabajadores con un tope máximo de seis punto cinco por ciento de Sueldo Básico.

