Formato para	i que el a	segurado desi	gne a sus be	eneficiarios en e adicional	el Seguro de	Vida In:	stitucional	con beneficio
SAL		INSTITUCIONAL	AL QUE <u>LA SECRET.</u> D <i>PRESTACION</i> _ A L	DEL SEGURO DE VIDA TARIA DE SALUD LOS SERVIDORES		NÚMER	O DE EXPEDIEN	NTE
SECRETARIA D	JE SALUD		PÚBLICOS	was the engine	DECISTRO FE	- DE		TO TO TOOL AVE
1				<u>, entres </u>		WN811012	CONTRIBUTER	NTE CON HOMOCLAVE
= - <del></del>				,				
FAVOR DE LLENAR CLA	ARAMENTE C	ON LETRA DE MOLDE	€ O MAQUINA DE E	ESCRIBIR	CLAVE		REGISTRO DE	
			·	,		CAWNS	811012HNEMLS	304
				CONTRATANTE				
		NOMERE DE	SECRETARI L ASEGURADO	RIA DE SALUD COFE	EPRIS			
		NOMBAL DEL	_ ASEGURADO					ADA EN MESES
					!	En caso	PERCEPCIÓN ORD	ún incremento de suma
CAMPOS		WILCH		NESTOR R		asegurada (	(34 ó 51 ó 68 mese	ses más de sueldo bruto), la tonces la suma de 40 meses
*BENEFICIARIO (S) Es		APELLIDO MA	ATERNO	NOMBRES	S (S)	ļ	más la opción	n contratada
vastara kenar un nu	uevo tormato	O. Salvo que desea qu	ue ésta sea irrevoca	se en cualquier momen cable, en cuyo caso, el	titular dahará			A LA COLECTIVIDAD
escribir con su puno y i	letra en el cu	uerpo del formato la s	siguiente levenda:	"Fs mi desen que est	ta decignación de		MES	ΑÑΟ
Delienciarios sea irrevo	ocable y esto	ov consciente que по la ley	<u>o podre realizar una</u> yenda.	na nueva designación."	Y firmar junto a	01	01	2021
Lienar solo en caso de que	e se desee qu			s sea irrevocable				
APELLIDO PATERNO MERLIN		) MATERNO ZALEZ	NOMBRE MARISO		PORCENTAJE		PARENTI	
1		ALEZ	WALNO	DL +	100	<del></del>	CONYL	JGE
					ı ——	<del></del>		
						r		
	_		р.			i		
В	ENEFICIOS	ADICIONALES CONT	(RATADOS, DE AC	CUERDO CON LAS COI	NDICIONES ESTA	RIECIDAS	FN I A PÓLIZA	
		INCAPACIDA	D TOTAL O INCAP	PACIDAD PERMANENT	TE TOTAL O INVAI	LIDEZ	EN LA	•
SALUD MI CON EN LA PÓLIZA I	NSENTIMIENTO A DE SEGURO D TE CON LAS IN:	A LA SECRETARÍA DE O PARA SER ASEGURADO DE VIDA INSTITUCIONAL, NSTITUCIONES DE PONDAN	)	ÚNICAMENTE (	CUANDO EL ASEGURA	ADO NO PUED	DA FIRMAR	
	TAU SEL A	/ ISEGURADO	_	н	UELLA DEL PULGA	AR DERECH	io	
	TESTIGO	S ÚNICAMENTE CUA	NDO EL ASEGURA	RADO NO PUEDA FIRMA	AR Y HAYA ESTAI	MPADO SU I	HUELLA	
NOMB	RE Y FIRMA	A DEL TESTIGO 1		-	NOMBRE	Y FIRMA DI	EL TESTIGO 2	
ugar y fecha en que s	se firma est	e consentimiento:	Ciud:	ad de México a 1	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.



## 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	R OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO
and the second s	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	Marcar con una "X" la opció		
<del></del>	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	elegida (Solo una opción).		
Firma:						
SUPUESTO 2 PARA LOS S			TENCIAR (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 a	segurado	designe a sus	beneficiarios en ( adicional	el Seguro de	Vida Ins	stitucion	al con beneficio
\$ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	SALUD  DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE <u>LA SECRETARIA DE SALUD</u> OTORGA COMO PRESTACION. A LOS SERVIDORES			NÚMERO DE EXPEDIENTE				
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICOS			DECICTOO CO	DEDAL DE	VOLUMENTO I 1975			
				in terropy and in the		DERAL DE ( WN811012	CONTRIBUYE	NTE CON HOMOCLAVE
						WINDTIOIZ		A37
FAVOR DE LLENAR CLA	ARAMENTE O	ON LETRA DE M	IOLDE O MAQUINA DE	ESCRIBIR	CLAVE	ÚNICA DE	REGISTRO I	DE POBLACIÓN
						CAWN	311012HNEM	LS04
				CONTRATANTE				
		NOMBRI	SECRET/ E DEL ASEGURADO	ARIA DE SALUD COFE	PRIS			
					<u> </u>	SUMA A PI	SEGURADA B ERCEPCIÓN C	RADA EN MESES ÁSICA: 40 MESES DE LA RDINARIA BRUTA
CAMPOS APELLIDO PATE	ERNO		ILCHES OO MATERNO	NESTOR R	-	asegurada (	34 ó 51 ó 68 m ada total será e	gún incremento de suma eses más de sueldo bruto), la intonces la suma de 40 meses
*BENEFICIARIO (S) E	sta designa	ción de benefici	arios podrá modifica	rse en cualquier momen	to para lo cual	EECHA		ón contratada  A LA COLECTIVIDAD
escribir con su puño y	ievo tormato letra en el cu	, salvo que des lerpo del format	ee que ésta sea irrevo lo la siguiente levend	ocable, en cuyo caso, el la: <u>"Es mi deseo que est:</u> una nueva designación."	titular deberá	DÍA	MES	AÑO
lenar solo en caso de qu			la leyenda.	Control (NA) and the con-	Y firmar junto a	01	01	2021
APELLIDO PATERNO	APELLIDO		NOMBI	<del>'</del>	PORCENTAJE	a telloggy egypter		ITESCO
MERLIN	GONZ	ALEZ	MARI	SOL	100	CONYUGE		
В	ENEFICIOS	ADICIONALES (	CONTRATADOS, DE A	ACUERDO CON LAS COI	NDICIONES ESTA	BLECIDAS I	EN LA PÓLIZ	Α:
		INCAPA	CIDAD TOTAL O INC	APACIDAD PERMANENT	E TOTAL O INVAL	IDEZ		
SALUD MI COM EN LA PÓLIZA QUE CONTRAT SEGUROS QUI	NSENTIMIENTO DE SEGURO D TE CON LAS IN	1	IRADO		ELLA DEL PULGA			
				RADO NO PUEDA FIRMA	AR Y HAYA ESTAN	MPADO SU I	HUELLA	
NOMB	RE Y FIRMA	DEL TESTIGO	1	_	NOMBRE	Y FIRMA DE	EL TESTIGO	2
iggr v foobs on goes	- **							

Lugar y techa 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.



#### 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%

WILCHES **NESTOR RAUL** CAMPOS Marcar con una "X" la opción Nombre del Asegurado: elegida (Solo una opción). Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno 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.

WILCHES Nombre del Asegurado: Apellido Páterno

**NESTOR RAUL** 

Apellido Materno Nombre(s)

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

Formato para	ı que el a	isegurad	do designe a sus b	oeneficiarios en d adicional	el Seguro de	Vida In:	stitucional	con beneficio	
# N. 2007	SALUD  DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE <u>LA SECRETARIA DE SALUD</u> OTORGA COMO PRESTACION A LOS SERVIDORES					NÚMERO DE EXPEDIENTE			
SECRETARIA 6	DE SALUD		PÚBLICOS	PARTITION OF THE PROPERTY OF	DECISTRO FE	DEDAL DE (	CONTRIBUTER	= CONTROL AVE	
		<u> </u>		A Company of the Comp		WN811012	JON! KIDUTEN	TE CON HOMOCLAVE	
EMOD DE LI ENAR CLA	* T- 4 5 4 5 1 1 1 1 1			1					
TAYOR DE LEGION VE	KAMENIL	ON LETRA D	DE MOLDE O MAQUINA DE	ESCRIBIR	CLAVE		REGISTRO DE		
				Only a Talify		CAVVING	811012HNEMLS	304	
			SECRETA	CONTRATANTE ARIA DE SALUD COFE	PRIS	-			
		NOM	MBRE DEL ASEGURADO			SI	UMA ASEGUR/	ADA EN MESES	
						SUMA A	ASEGURADA BÁS PERCEPCIÓN ORI	SICA: 40 MESES DE LA DINARIA BRUTA	
CAMPOS			WILCHES	NESTOR R	RAUL	asegurada (	(34 ó 51 ó 68 mes	ún incremento de suma ses más de sueldo bruto), la	
APELLIDO PATE			LLIDO MATERNO	NOMBRES	S (S)	suma asegur	rada total será ent más la opción	tonces la suma de 40 meses n contratada	
bastara ilenar un nu	uevo tormato	o, salvo que d	eficiarios podrá modificars desee que ésta sea irrevo	cable en cuvo caso el	titular deberá		DE INGRESO /	A LA COLECTIVIDAD	
escribir con su puño y l	letra en el cu	uerpo del for	rmato la siguiente leyenda te que no podre realizar ui	a: "Es mi deseo que est	ab adjocanicah et	DÍA	MES	AÑO	
			la leyenda.  designacion de Beneficiario		Y firmar junto a	01	01	2021	
ARELLIDO BATERNO	1 40511100			FICIARIOS DESIGNADOS		a est activity			
APELLIDO PATERNO MERLIN		MATERNO ZALEZ	NOMBR		PORCENTAJE PARENTESCO				
INC. I VIII A	GOINZ	ALEZ	MARIS	/OL	100		CONYL	JGE	
8	ENEFICIOS	ADICIONALI INC/	ES CONTRATADOS, DE A APACIDAD TOTAL O INCA	CUERDO CON LAS CO	NDICIONES ESTA	BLECIDAS	EN LA PÓLIZA		
SALUD MI CON EN LA PÓLIZA QUE CONTRAT	NSENTIMIENTO L DE SEGURO D	A LA SECRETAR D PARA SER AS DE VIDA INSTITU ISTITUCIONES I PONDAN	SEGURADO FUCIONAL,	ÚNICAMENTE C	CUANDO EL ASEGUR/	ADO NO PUED	)A FIRMAR		
	IRMA DEL A	USEGURADO			BUILCE				
<u> </u>					JELLA DEL PULGA				
	TESTIGO	S UNICAME	NTE CUANDO EL ASEGUF	RADO NO PUEDA FIRMA	AR Y HAYA ESTAN	MPADO SU	HUELLA		
NOMB	RE Y FIRMA	A DEL TESTIO	<del>3</del> 0 1	_	NOMBRE	Y FIRMA DI	EL TESTIGO 2		
ugar y fecha en que s	e firma est	e consentin	niento: Ciur	dad de México a 1	l 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.



### 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 CUA	LQUIER 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).

	TO THE SECOND PARA OUT OF ARIJOUEN LOS
CUDUECTO 4	LE ESCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SIMA ASEGIRADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS
SUPUESTOT	ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS
	THE STATE OF THE S
	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 Aseg	urado:	CAMPOS	WILCHES	NESTOR RAUL	Marcar con una "X" la opción
		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	elegida (Solo una opción).
ı	Firma:	4			
SUPUESTO 2 PAI	RA LOS SE	ERVIDORES PÚBLICOS C STE CASO NO SE APLICA	QUE NO DESEAN PO ARÁ NINGÚN DESC	TENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA UENTO NOMINAL POR ESTE CONCE	ASEGURADA); POR LO PTO.

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:

Apellido Paterno

WILCHES Apellido Materno

**NESTOR RAUL** 

Nombre(s)

Firma:

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

/4151015101510151015101510161

# DOCUMENTO DE ELECCIÓN

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

FECHA DE RECEPCIÓN  CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP)  CAWN 8 1 1 0 1 2 HNEMLS 0 4  DEPENDENCIA O ENTIDAD  SECRETARIA DE SALUD // COFEPRIS  CLAVE DE DEPENDENCIA O ENTIDAD  SO009  NOMBRE DEL TRABAJADOR  CAMPOS  WILCHES  NESTOR RAUL  en  fundamento en los artículos 100 de la ley del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de Iso 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 Iso 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 mí cuenta individual:  CERO POR CIENTO  UNO POR CIENTO  DOS POR CIENTO  X  Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.	FECHA Y LUGAR DE ELABORACION	Ciudad de México a 1 de enero de 2021
DEPENDENCIA O ENTIDAD  SECRETARIA DE SALUD // COFEPRIS  CLAVE DE DEPENDENCIA O ENTIDAD  SOU09  NOMBRE DEL TRABAJADOR  CAMPOS  WILCHES  NESTOR RAUL  , en  fundamento en los artículos 100 de la ley del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de Iso 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 Iso 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  X  Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.	FECHA DE RECEPCIÓN	
DEPENDENCIA O ENTIDAD  SECRETARIA DE SALUD // COFEPRIS  CLAVE DE DEPENDENCIA O ENTIDAD  NOMBRE DEL TRABAJADOR  CAMPOS  WILCHES  NESTOR RAUL  , en  fundamento en los articulos 100 de la ley del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de lso 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 Iso 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  X  Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.	CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CUF	CAWN811012HNEMLS04
NOMBRE DEL TRABAJADOR  CAMPOS  WILCHES  NESTOR RAUL  , en  fundamento en los artículos 100 de la ley del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de Iso 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 Iso 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  DOS POR CIENTO  Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.	DEPENDENCIA O ENTIDAD	
fundamento en los artículos 100 de la ley del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de Iso 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 Iso 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 X  Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.	CLAVE DE DEPENDENCIA O ENTIDAD	S0009
el otorgamiento de pensiones del regimen de cuentas individuales del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de Iso 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 X  Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.	NOMBRE DEL TRABAJADOR CAMPOS	WILCHES NESTOR RAUL , en
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.	el otorgamiento de pensiones del regimen de cuentas i	individuales del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de Iso Trabajadores del Estado.
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.	SUELDO BÁSICO \$7,870.5	58
CERO POR CIENTO UNO POR CIENTO DOS POR CIENTO X  Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.	MONTO DEL DESCUENTO	
Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.		
	CERO POR CIENTO UNO	POR CIENTO X
FIRMA DEL TRABAJADOR	Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DA	TOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.
	FIRMA DEL TRABAJADOR	- find
Estimado trabajador, utilice este formato para optar por el beneficio del ahorro solidario. Una vez llenado, debera entregarlo en el área de recusrsos 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.	de recusrsos Humanos de su centro de trabajo. En caso de eleg	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

## TETEROPORTOR (OF DEVISION OF THE PROPERTY OF THE

De conformidad conclo establectiopor los aniculos 160 de la ley del instituto de seguridad y servicios sociales de los rebajadores del Estado y 32 del reglamento para el ciongamiento de pensiones del regimen de quentas individuales del Instituto de sogundad y Servicios sociales de los Prabajadores del estado los Trabajadores porfam optar por que se les descuente hasta el dos por ciento de su Sueldo Baisto estado de la Prabajadores del estado de su Sueldo Baisto estado de la Regiona de la misco en la misco en la misco solidario que se apertura para tal efecto en su extente individual. Por lo anterior, los Trabajadores del contra jeculado bara ficio debesta comunicar se determinación a la Dependencia o Bratidad en la que laboren, se indiando ej el descuento proceded se aquivalente alta de sobre ciento de su sueldo Básico. En terminas de las intramativos elimbos de las Dependencias o Entitudades, sentir corresponda, comunicar de posicio en la subcuenta de abante colidario, tres peros con velnticimo contrivos por escuencia de laboren del financia de Region de Signito Basico.

## 

## DOGUMENTO DE ELECCIÓN

Formato para optar por el beneficio del Ahorro Solidario aplicable a los trabajadores incorporados al Régimen de cuentas individuales del Institito 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
•	eguridad y Servicios Sociales de lso Trabajadores del Estado, y 32 del Reglamento para riduales del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de Iso Trabajadores del Estado. rmacion establecida en el presente documento.
SUELDO BÁSICO \$7,870.58	
MONTO DEL DESCUENTO	
Autorizo se descuente de mí Sueldo Básico mensual el sig subcuenta de ahorro solidario de mi cuenta individual:	guiente porcentaje, para que sea depositado en la
CERO POR CIENTO UNO PO	DR CIENTO X
Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS	S PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.
FIRMA DEL TRABAJADOR	<del></del>
Estimado trabajador, utilice este formato para optar por el benefic	ció del ahorro solidario. Una vez llenado, debera entregarlo en el área
de recusrsos Humanos de su centro de trabajo. En caso de elegir le	a opcion del cero por ciento, estará manifestando su determinación
de no optar por el beneficio del ahorro solidario.	

## 

De conformidad con lo establicidopor los inticulos 100 de la ley del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del Estado y 32 del regiamento para el congamiento de pensiones del regimon de cuentas individidales del instituto de seguridad y Servicios recipios de los Trabajadores del estado. Los Trabajadores podrari opiar por que se les descuente hasta el dos por ciento de su Sueldo Bissico pero servicitado ente subcuenta de atronio solidado que se apertura para sul efecto en su cuenta individual. Por lo amerior, los Trabajadores que opiar por ciento beneficio deberan comunicar su determinación a la Dependancia a Entidad en la que laboren, señalando si el descuento aplicabas es equivalente al uno o abdos por ciento de su sueldo Básico. En terminos de los fundamentos normativos citados, las Dependencias o Entidades según corresponda, estavan obligados a depositar en la subcuenta de aborto colidorio, tres peros con volutidados centavos por estado para norma los Trabajadores con un topo maximo do sete punto circo por ciento de Sueldo Básico.

4446141401416141614161414161

## DOCUMENTO DE ELECCIÓN

Formato para optar por el beneficio del Ahorro Solidario aplicable a los trabajadores incorporados al Régimen de cuentas individuales del Institito 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 se el otorgamiento de pensiones del regimen de cuentas indivelijo optar por el beneficio del ahorro solidario, bajo la infor SUELDO BÁSICO \$7,870.58  MONTO DEL DESCUENTO  Autorizo se descuente de mí Sueldo Básico mensual el sig subcuenta de ahorro solidario de mi cuenta individual:	
CERO POR CIENTO UNO PO  Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS  FIRMA DEL TRABAJADOR	io del ahorro solidario. Una vez llenado, debera entregarlo en el área

### drafoltar (ellera f. 1. a. dreft in f. 1. a. dellera f. 1. a. dellera f.

De conformidad con lo establecidos e los artículos 190 de la ley del instituto de segundad y servicios sociales de las trabajadores del Estado y 32 del reglamento para el oroganismo de persiones del regimen de cuentas individuales del finatario de segundad y Servicios confesios de los faribunadores del estado, los Trabajadores podran oprar por que se les descuente hasia el dos por ciento de su Sueldo Essico per el estado en la subcuenta de aborro selidario que se aperante pera tal efecto en su cuenta individual. Por lo amerior, los Trabajadores cestoplempor dictropartecido decerna comunicion au determinación a la Dependencia o Entidad en la que laboren, setablando si al descuento solicados estados de los fundamentos normanivos citados, las Dependencias e acualidades, según correspondo, estaran obligados a depositar en la sibercenta de altorro solidario, tres peros con velnidorios contratos por cada paso que a fundamento. Probajadores con un upos maximo de ses punto cinco por ciento de Sueldo Basico.