



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

**“DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE BECAS Y PRESTACIONES DEVENGADAS  
NO COBRADAS DE MÉDICOS RESIDENTES”**

**SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS  
DEL INCMNSZ.  
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                    | Teléfono para recados: | Nombre y parentesco (recados): |                |

Es mi libre voluntad designar como beneficiario(s) para cobrar la beca 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 (%) |
|                                       |            |                |
|                                       |            |                |
|                                       |            |                |
|                                       |            |                |
| Total 100%                            |            |                |



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

**“DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE BECAS Y PRESTACIONES DEVENGADAS  
NO COBRADAS DE MÉDICOS RESIDENTES”**

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 este Instituto de Salud, 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 Subdirección de Recursos Humanos, 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 Subdirección de Recursos Humanos, 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.

**A T E N T A M E N T E**

**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.