ADENDUM QUE ADICIONA AL PRESENTE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO **LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS** POR PARTE DEL TRABAJADOR (A) **(NOMBRE DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA)** PARADAR CUMPLIMIENTO A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 25 FRACCIÓN X DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y DE CONFORMIDAD A LO QUE SE ESTABLECE EN EL ARTÍCULO 501 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO.

Designación de beneficiarios para el pago de las prestaciones laborales que le llegue a corresponder como el pago de los salarios y prestaciones devengadas y no cobradas a la muerte del Trabajador o las que se generen por su fallecimiento o desaparición derivada de un acto delincuencial:

**DATOS DEL TRABAJADOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Apellido paterno** | **Apellido materno** | **Nombre (s)** | **No. De empleado** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domicilio** | **Teléfono** | **Fecha de Ingreso** | **Área/Departamento** |
|  |  |  |  |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
| Si incluye a menores de edad o incapaces, el pago se realizará a quién ejerza la patria potestad o tutela, misma que tiene que ser declarada judicialmente. En todo caso, incluya después del nombre del menor o incapaz la expresión: “En caso de minoría de edad o incapaces, páguese a: (Nombre de la persona)”. |

|  |
| --- |
| **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA**  Presente:  Por medio del presente escrito manifiesto que es mi deseo designar a mis Beneficiarios, a efecto de que reciban el pago de los salarios y prestaciones devengadas y no cobradas a mi **MUERTE** o las que se generen por mi fallecimiento o desaparición derivada de un acto delincuencial, de acuerdo a lo previsto en el artículo 25 fracción x de la ley federal del trabajo y de conformidad a lo que se establece en el artículo 501 de la ley federal del trabajo. |

1. BENEFICIARIOS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **DOMICILIO** | **TELÉFONO** | **PARENTESCO** | **PORCENTAJE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. EN CASO DE FALLECIMIENTO DE ALGUNO (S) DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN EL INCISO A), EL PAGO DEL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE SE ENTREGARÁ A:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **DOMICILIO** | **TELÉFONO** | **PARENTESCO** | **PORCENTAJE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ESTOY DE ACUERDO EN QUE ESTA DESIGNACIÓN DEJE SIN EFECTOS CUALQUIER OTRA SEÑALADA CON ANTERIORIDAD A LA PRESENTE FECHA.**

|  |
| --- |
| **SE DEBERÁN ANEXAR EN FOTOCOPIAS:**   1. En caso de cónyuge sobreviviente: acta de matrimonio vigente, comprobante de domicilio actualizado, identificación oficial y curp. 2. Hijos: acta (s) de nacimiento, comprobante de domicilio actualizado, identificación oficial y curp. 3. Concubino (a): declaración oficial de concubinato (en caso de no contar con hijos) comprobante de domicilio actualizado, identificación oficial y curp. 4. Madre o padre: acta (s) de nacimiento, comprobante de domicilio actualizado, identificación oficial y curp. 5. Otro (s): acta (s) de nacimiento comprobante de domicilio actualizado, identificación oficial y curp. |

|  |
| --- |
| **ES I ES ES IMPORTANTE QUE AL PRESENTAR ESTE FORMATO CON LOS DATOS DE SUS BENEFICIARIOS EN EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS O EL ÁREA ADMINISTRATIVA DE LA INSTITUCIÓN, INTEGRE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS.** |

**CHIHUAHUA, CHIH. A \_\_\_\_ DEL MES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DEL AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**MANIFIESTO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON CIERTOS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR** **(A)**