

CARTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Con fundamento en lo que establece el artículo 115 de la Ley Federal del Trabajo, en mi carácter de trabajador Académico de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y asociado a la ASPABUAP, designo como beneficiario de prestaciones laborales a las Personas que enseguida se mencionan en el porcentaje y conceptos siguientes.

PAGO DE MARCHA

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

En caso de fallecimiento de estas personas, deberá pagarse a:

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

GASTOS DE DEFUNCIÓN

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

En caso de fallecimiento de estas personas, deberá pagarse a:

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

ATENTAMENTE

H. Puebla, de Z., a ____ de _____ de _____

ASPABUAP

Nombre y firma del (la) trabajador (a)

BUAP

JAIME F. MESA MÚJICA
SECRETARIO GENERAL

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

TESTIGO

TESTIGO

NOTA: Por seguridad jurídica, sírvase testar los espacios no utilizados

RECURSOS HUMANOS

CARTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Con fundamento en lo que establece el artículo 115 de la Ley Federal del Trabajo, en mi carácter de trabajador Académico de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y asociado a la ASPABUAP, designo como beneficiario de prestaciones laborales a las Personas que enseguida se mencionan en el porcentaje y conceptos siguientes.

PAGO DE MARCHA

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

En caso de fallecimiento de estas personas, deberá pagarse a:

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

GASTOS DE DEFUNCIÓN

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

En caso de fallecimiento de estas personas, deberá pagarse a:

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

ATENTAMENTE

H. Puebla, de Z., a ____ de _____ de _____

ASPABUAP

Nombre y firma del (la) trabajador (a)

BUAP

JAIME F. MESA MÚJICA
SECRETARIO GENERAL

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

TESTIGO

TESTIGO

NOTA: Por seguridad jurídica, sirvase testar los espacios no utilizados

RECURSOS HUMANOS

CARTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Con fundamento en lo que establece el artículo 115 de la Ley Federal del Trabajo, en mi carácter de trabajador Académico de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y asociado a la ASPABUAP, designo como beneficiario de prestaciones laborales a las Personas que enseguida se mencionan en el porcentaje y conceptos siguientes.

PAGO DE MARCHA

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

En caso de fallecimiento de estas personas, deberá pagarse a:

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

GASTOS DE DEFUNCIÓN

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

En caso de fallecimiento de estas personas, deberá pagarse a:

- | | | | |
|------|----------------------|----------------------|---|
| 1.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 2.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |
| 3.-C | <input type="text"/> | <input type="text"/> | % |

ATENTAMENTE

H. Puebla, de Z., a ____ de _____ de _____

ASPABUAP

Nombre y firma del (la) trabajador (a)

BUAP

JAIME F. MESA MÚJICA
SECRETARIO GENERAL

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

TESTIGO

TESTIGO

NOTA: Por seguridad jurídica, sírvase testar los espacios no utilizados

RECURSOS HUMANOS