

### FORMATO PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES LABORALES

El (la) que suscribe \_\_\_\_\_, en mi calidad de trabajador(a) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, **deseo manifestar libremente y en pleno uso de mis facultades mentales**, que he leído completamente y estoy de acuerdo con los términos plasmados en el reverso del presente.

Asimismo, designo como beneficiarios a la (s) personas (s) abajo mencionadas de acuerdo con los siguientes porcentajes:

#### Cláusula 45 del Contrato Colectivo de Trabajo "Pago de Marcha"

NOMBRE COMPLETO*	PARENTESCO*	% *
La suma de todos los porcentajes, debe ser igual a =		<b>100%</b>

#### Finiquito (Partes proporcionales de aguinaldo, vacaciones y prima vacacional)

NOMBRE COMPLETO*	PARENTESCO*	% *
La suma de todos los porcentajes, debe ser igual a =		<b>100%</b>

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TRABAJADOR	SELLO DE LA UNIVERSIDAD	POR LA UNIVERSIDAD
_____ NOMBRE DEL TRABAJADOR		_____ LIC. VÍCTOR JAIME MORALES ÁLVAREZ SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

### DISPOSICIONES LEGALES

#### DE LAS PRESTACIONES

La emisión del presente, tiene fundamento en la **Cláusula 45 TER del Contrato Colectivo de Trabajo "Designación de beneficiarios"**, misma que menciona que *"El Trabajador deberá designar ante la Universidad a la o las personas beneficiarias para el ejercicio del derecho de Pago de Marcha, del Seguro de Vida y otra prestación similar."*

Es responsabilidad del Trabajador, designar beneficiarios de las prestaciones económicas que, surten efecto al momento del deceso.

El **"Pago de Marcha"**, se pagará de conformidad con lo estipulado en la **Cláusula 45 del Contrato Colectivo de Trabajo vigente**:

Las partes proporcionales a las que hace mención el anverso, se pagarán de conformidad con el **Artículo 115 de la Ley Federal del Trabajo**:

*"Los beneficiarios del trabajador fallecido tendrán derecho a percibir las prestaciones e indemnizaciones pendientes de cubrirse, ejercitar las acciones y continuar los juicios, sin necesidad de juicio sucesorio"*

Este formato se llenará en dos tantos originales, uno para la Universidad y el otro para el trabajador.

Para gestionar el pago correspondiente, el (los) beneficiario (s) deberán presentar identificación oficial vigente.

#### DE LOS DATOS PERSONALES

"La Subdirección de Recursos Humanos de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, con domicilio en calle Doctor García Diego número 168, colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, código postal 06720, Ciudad de México, es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de datos personales denominado **"Sistema de Datos Personales de los Recursos Humanos de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México"**.

**Los datos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios y sin ellos no podrá completar el trámite de designación de beneficiarios de las prestaciones laborales.** Asimismo se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas por la Legislación que regule la protección de datos personales.

De igual forma, se menciona que los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de llevar a cabo la integración de expedientes personales de cada uno de los empleados contratados por nómina o por honorarios en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como la administración de la nómina, prestaciones y movimientos del personal. De manera adicional, los datos recabados se utilizarán para generar estadísticas e informes, los cuales serán sometidos al procedimiento de disociación; por consiguiente, no permitirán la identificación de la persona titular de los mismos.

Asimismo, los datos personales pueden ser transferidos sin el consentimiento del Titular, a: Auditoría Superior de la Ciudad de México, Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México; Órganos Jurisdiccionales, para dar cumplimiento a los requerimientos que realicen a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México en el ejercicio de sus atribuciones, así como en los demás supuestos establecidos en el artículo 22 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, así como 16 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y demás normatividad que resulte aplicable.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de sus datos personales (derechos ARCO), así como la revocación del consentimiento directamente ante la Unidad de Transparencia de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, ubicada en ubicada en Dr. García Diego 168, planta baja, colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, código postal 06720, Ciudad de México, con número telefónico 5511070280 extensiones 16410 y 16411, o bien, a través del Sistema INFOMEX ([www.infomexdf.org.mx](http://www.infomexdf.org.mx)) o la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>), o a través del correo electrónico oficial [unidad.transparencia@uacm.edu.mx](mailto:unidad.transparencia@uacm.edu.mx).

Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos puede acudir a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada o comunicarse al TEL-INFO (55 56 36 46 36)

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, o ingresar a la página de internet [www.uacm.edu.mx](http://www.uacm.edu.mx). Por lo que estando de acuerdo con lo anterior, procede a su firma.

FIRMA DE ENTERADO

(Nombre y firma) \*

\_\_\_\_\_

**FORMATO PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES LABORALES**

El (la) que suscribe \_\_\_\_\_, en mi calidad de trabajador(a) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, **deseo manifestar libremente y en pleno uso de mis facultades mentales**, que he leído completamente y estoy de acuerdo con los términos plasmados en el reverso del presente.

Asimismo, designo como beneficiarios a la (s) personas (s) abajo mencionadas de acuerdo con los siguientes porcentajes:

**Cláusula 45 del Contrato Colectivo de Trabajo "Pago de Marcha"**

NOMBRE COMPLETO*	PARENTESCO*	% *
La suma de todos los porcentajes, debe ser igual a =		<b>100%</b>

**Finiquito (Partes proporcionales de aguinaldo, vacaciones y prima vacacional)**

NOMBRE COMPLETO*	PARENTESCO*	% *
La suma de todos los porcentajes, debe ser igual a =		<b>100%</b>

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TRABAJADOR

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TRABAJADOR

SELLO DE LA UNIVERSIDAD

POR LA UNIVERSIDAD

\_\_\_\_\_

LIC. VÍCTOR JAIME MORALES ÁLVAREZ  
 SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

### DISPOSICIONES LEGALES

#### DE LAS PRESTACIONES

La emisión del presente, tiene fundamento en la **Cláusula 45 TER del Contrato Colectivo de Trabajo "Designación de beneficiarios"**, misma que menciona que *"El Trabajador deberá designar ante la Universidad a la o las personas beneficiarias para el ejercicio del derecho de Pago de Marcha, del Seguro de Vida y otra prestación similar."*

Es responsabilidad del Trabajador, designar beneficiarios de las prestaciones económicas que, surten efecto al momento del deceso.

El **"Pago de Marcha"**, se pagará de conformidad con lo estipulado en la **Cláusula 45 del Contrato Colectivo de Trabajo vigente**:

Las partes proporcionales a las que hace mención el anverso, se pagarán de conformidad con el **Artículo 115 de la Ley Federal del Trabajo**:

*"Los beneficiarios del trabajador fallecido tendrán derecho a percibir las prestaciones e indemnizaciones pendientes de cubrirse, ejercitar las acciones y continuar los juicios, sin necesidad de juicio sucesorio"*

Este formato se llenará en dos tantos originales, uno para la Universidad y el otro para el trabajador.

Para gestionar el pago correspondiente, el (los) beneficiario (s) deberán presentar identificación oficial vigente.

#### DE LOS DATOS PERSONALES

"La Subdirección de Recursos Humanos de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, con domicilio en calle Doctor García Diego número 168, colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, código postal 06720, Ciudad de México, es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de datos personales denominado **"Sistema de Datos Personales de los Recursos Humanos de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México"**.

**Los datos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios y sin ellos no podrá completar el trámite de designación de beneficiarios de las prestaciones laborales.** Asimismo se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas por la Legislación que regule la protección de datos personales.

De igual forma, se menciona que los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de llevar a cabo la integración de expedientes personales de cada uno de los empleados contratados por nómina o por honorarios en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como la administración de la nómina, prestaciones y movimientos del personal. De manera adicional, los datos recabados se utilizarán para generar estadísticas e informes, los cuales serán sometidos al procedimiento de disociación; por consiguiente, no permitirán la identificación de la persona titular de los mismos.

Asimismo, los datos personales pueden ser transferidos sin el consentimiento del Titular, a: Auditoría Superior de la Ciudad de México, Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México; al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México; Órganos Jurisdiccionales, para dar cumplimiento a los requerimientos que realicen a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México en el ejercicio de sus atribuciones, así como en los demás supuestos establecidos en el artículo 22 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, así como 16 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y demás normatividad que resulte aplicable.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de sus datos personales (derechos ARCO), así como la revocación del consentimiento directamente ante la Unidad de Transparencia de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, ubicada en ubicada en Dr. García Diego 168, planta baja, colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, código postal 06720, Ciudad de México, con número telefónico 5511070280 extensiones 16410 y 16411, o bien, a través del Sistema INFOMEX ([www.infomexdf.org.mx](http://www.infomexdf.org.mx)) o la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>), o a través del correo electrónico oficial [unidad.transparencia@uacm.edu.mx](mailto:unidad.transparencia@uacm.edu.mx).

Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos puede acudir a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada o comunicarse al TEL-INFO (55 56 36 46 36)

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, o ingresar a la página de internet [www.uacm.edu.mx](http://www.uacm.edu.mx). Por lo que estando de acuerdo con lo anterior, procede a su firma.

#### FIRMA DE ENTERADO

(Nombre y firma) \*