



Asociación de Trabajadores Académicos Y Administrativos del CoBaEM

SOLICITUD DE INGRESO O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PROGRAMA DE APOYO POR DEFUNCIÓN AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

_____, México a _____ de _____ de 20 _____

Por medio de la presente solicito mi ingreso o actualización de datos al Programa de Apoyo por Defunción del Personal Académico y Administrativo Sindicalizado del CoBaEM, obligándome a respetar el Reglamento del programa.

A continuación, doy los datos requeridos:

No. actual de Trabajador _____

Nombre (s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
Adscripción _____ Puesto Nominal _____
Fecha de Ingreso al CoBaEM _____ Fecha de Ingreso a la ATAYA _____

FAMILIARES REGISTRADOS POR EL TRABAJADOR Esposa(o) o Concubina (rio), Hijos, Madre y Padre

Nombre(s) y Apellidos	Parentesco

NOTA: En caso de agotar los renglones continuar en el reverso de la hoja.

BENEFICIARIOS

Nombre(s) y Apellidos	Parentesco	Porcentaje

¿Algún familiar en línea directa labora actualmente en el CoBaEM?

CÓNYUGE SI NO HIJA (O) SI NO PAPÁ SI NO MAMÁ SI NO
Ó CONCUBINA (O) SI NO
HERMANA (O) SI NO OTRO SI NO ESPECIFIQUE _____

AUTORIZO EL DESCUENTO VÍA NÓMINA DE ACUERDO AL CASO

NOMBRE Y FIRMA

Vo. Bo.

Nombre y Firma Delegado(a)
Sindical



Asociación de Trabajadores Académicos Y Administrativos del CoBaEM

REQUISITOS PARA EL PAGO DE: AYUDA POR DEFUNCIÓN

ESPOSA(O)	ACTA DE: MATRIMONIO (ACTUALIZADA) Y DE DEFUNCIÓN
CONCUBINA O CONCUBINARIO	CON BASE EN LA LEY Y ACTA DE DEFUNCIÓN
HIJO(A)	ACTA DE: NACIMIENTO Y DE DEFUNCIÓN
MADRE Y PADRE	ACTA DE: NACIMIENTO DEL TRABAJADOR Y DE DEFUNCIÓN

PARA HACER EFECTIVA ESTA AYUDA POR DEFUNCIÓN, EL TRABAJADOR O EN SU CASO ALGÚN BENEFICARIO, SÓLO TENDRA QUE LLAMAR A LAS OFICINAS DE LA ASOCIACIÓN, PARA ESTABLECER LA FORMA EN QUE SE LE HARÁ LLEGAR LA CANTIDAD RECAUDADA, A LOS TELÉFONOS:

(01722) 2234672 Y 2800836

¡POR UNA CULTURA DIGNA, COLEGIO DE BACHILLERES!