



Universidad Veracruzana

SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Dirección General de Recursos Humanos

FONDO DE AHORRO PARA EL RETIRO

Registro, Actualización de Datos del Trabajador y

Designación de Beneficiarios FAR

ARH-GE-F-31

REGISTRO	☐
CAMBIOS	☐
DOMICILIO	☐
BENEFICIARIOS	☐

SELLO, FECHA Y FIRMA DE OFICIALIA DE PARTES DE LA DGRH

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

No. DE PERSONAL	FECHA DE INGRESO U.V. DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO
NOMBRE		
APELLIDO PATERNO		
APELLIDO MATERNO		
NOMBRE (S)		
DOMICILIO ACTUAL		
CALLE Y NÚMERO (EXT. E INT.)		
COLONIA		CÓDIGO POSTAL
POBLACION O CIUDAD		ENTIDAD FEDERATIVA

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	PARENTESCO	EDAD*	PORCENTAJE	No. de Albacea

* En caso de designar como beneficiario a un menor de edad, deberá señalar expresamente a un albacea. Si fuera necesario designar más de un albacea, relacionar al menor y su albacea con el mismo número.

DATOS DEL ALBACEA

No. de Albacea	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	EDAD

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que es mi voluntad designar como beneficiarios a las personas aquí relacionadas y firmo al calce para debida constancia.

FIRMA DE TRABAJADOR

SELLO, FECHA Y FIRMA DEL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES

Este documento deberá ser legible, encontrarse en buen estado, sin mutilaciones, tachaduras, enmendaduras, deterioro o alteración que impida tener certeza de su validez y tendrá que consignar la firma y sellos requeridos.

ORIGINAL: U.V.

COPIA EN ORIGINAL: TRABAJADOR

COPIA EN ORIGINAL: SINDICATO



Universidad Veracruzana

SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Dirección General de Recursos Humanos

FONDO DE AHORRO PARA EL RETIRO

Registro, Actualización de Datos del Trabajador y
Designación de Beneficiarios FAR

ARH-GE-F-31

INSTRUCTIVO DE LLENADO

OBJETIVO	Que el trabajador registre, actualice sus datos y designe a sus beneficiarios del FAR.
MEDIO QUE SE UTILIZA PARA SU LLENADO	Computacional, mecanográfico o manual con letra de molde legible.
RESTRICCIONES	Este documento será improcedente si presenta datos incompletos, ambiguos, ilegibles o se encuentra en mal estado, con mutilaciones, tachaduras, enmendaduras, deterioro o alteraciones que impidan tener certeza de su validez o se presente sin firma del trabajador. Carecerá de validez si no cuenta con sello de recibido del Departamento de Prestaciones Sociales.
No. DE EJEMPLARES	Un original y dos copias originales.
DESTINO Y USO	Original: Departamento de Prestaciones Sociales, para su archivo en el expediente del trabajador. Copia en original: Para el trabajador. Copia en original: Para el sindicato.
EN DONDE DICE	SE ANOTARÁ
REGISTRO	Marcar con una X cuando declara domicilio y beneficiarios por primera vez.
CAMBIOS	Marcar con una X cada vez que el trabajador cambia de domicilio y/o desea modificar los datos de los beneficiarios.
DOMICILIO	Marcar con una X en caso de actualización.
BENEFICIARIOS	
SELLO, FECHA Y FIRMA DE OFICIALÍA DE PARTES DE LA DGRH	Sello con día, mes y año en que se recibió el formato a través de la Oficialía de Partes de la DGRH.
IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR	
No. DE PERSONAL	Número que lo identifica como trabajador de la Universidad Veracruzana. Mismo que puede consultarse en su comprobante de pago de nómina (talón de cheque).
FECHA INGRESO U.V.	Día, mes y año en que el trabajador ingresó al Servicio en la U. V.
FECHA DE NACIMIENTO	Día, mes y año registrado en el acta de nacimiento del trabajador.
NOMBRE	Escribir los datos registrados en el acta de nacimiento del trabajador.
APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)	Escribir el domicilio vigente a la fecha de llenado del formato.
CALLE Y NUMERO (EXT. E INT.)	
COLONIA	
CÓDIGO POSTAL	
POBLACIÓN O CIUDAD	
ENTIDAD FEDERATIVA	
DATOS DE LOS BENEFICIARIOS	
APELLIDO PATERNO	Escribir los datos registrados en el acta de nacimiento del beneficiario, en caso de que sea menor de edad, deberá designar a un albacea.
APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)	
PARENTESCO	Indicar la relación del trabajador con el beneficiario.
EDAD*	Años cumplidos del beneficiario a la fecha de llenado del formato.
PORCENTAJE	Determinar el porcentaje de participación que el trabajador otorga al beneficiario, en caso de ser varios beneficiarios, la suma de los porcentajes deberá ser igual a 100.
No. de Albacea	Se utilizará únicamente en caso de tener dos o más beneficiarios menores de edad, y que el trabajador designe albaceas diferentes para cada uno de ellos, por lo que tendrá que indicar con un número al menor y relacionarlo con el albacea utilizando el mismo número.

INSTRUCTIVO DE LLENADO**DATOS DEL ALBACEA**

No. de Albacea	Se utilizará únicamente en caso de tener dos o más beneficiarios menores de edad, con diferentes albaceas y se tendrá que relacionar con el mismo número que se ocupó para indicar al menor de edad.
APELLIDO PATERNO	Debe ser una persona mayor de edad, escribir los datos tal como aparecen en su documento oficial de identificación, pudiendo ser su acta de nacimiento, credencial expedida por el Instituto Nacional Electoral (INE) y/o pasaporte vigente.
APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)	
EDAD	Años cumplidos del albacea a la fecha de llenado del formato.

FIRMA DEL TRABAJADOR	Se deberá firmar con tinta azul.
SELLO, FECHA Y FIRMA DEL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	Sello con día, mes y año en que se recibió el formato en el Departamento de Prestaciones Sociales.

Histórico de Revisiones

No. DE REVISIÓN	FECHA REVISIÓN O MODIFICACIÓN	SECCIÓN O PÁGINA MODIFICADA	DESCRIPCIÓN DE LA REVISIÓN O MODIFICACIÓN
1	25/05/2023	Encabezado	Se sustituye la palabra "Sistema" por "Fondo".
		Nombre del formato	Se agregan las siglas: FAR.
		Tipo de formato	Se agregan las palabras: de llenado.
		Objetivo	Se elimina la letra: o Se agregan las siglas: FAR.
		Medio que se utiliza para su llenado	Se agrega la frase: manual con letra de molde legible. Se eliminan las palabras: Tipo de letra arial 10.
		Restricciones	Se elimina la frase: Será improcedente si presenta datos incompletos o ambiguos, tachaduras, sin firma del titular o sin firma de recibido por el Depto de Prestaciones Sociales o Vicerrectorias. Se agrega la frase: Este documento será improcedente si presenta datos incompletos, ambiguos, ilegibles o se encuentra en mal estado, con mutilaciones, tachaduras, enmendaduras, deterioro o alteraciones que impidan tener certeza de su validez o se presente sin firma del trabajador. Carecerá de validez si no cuenta con sello de recibido del Departamento de Prestaciones Sociales.
		No. de ejemplares	Se agrega la palabra: "Un" Se sustituyen las palabras "1 copia" por las palabras "dos copias originales".
		Destino y uso	Se sustituye la palabra "Depto" por "Departamento". Se eliminan los paréntesis. Se agregan las palabras: en original. Se sustituye la palabra "interesado" por "trabajador". Se agrega la fila: Copia en original: Para el sindicato.
		Para su llenado	Se elimina la fila.
		*Folio	Se elimina la fila.
		*Fecha de recepción	Se elimina la fila.
		Registro	Se elimina el formato de subrayado de la palabra "Registro".
		Cambios	Se elimina el formato de subrayado de la palabra "Cambios".
		Sello, fecha y firma de oficialía de Partes de la DGRH	Se agrega esta fila.
		No. de personal	Se sustituye la palabra "empleado" por "trabajador".

	Fecha de nacimiento	Se sustituyen las palabras "tal como se registró" por "registrado"
	Nombre	Se eliminan las palabras: Tal como aparecen. Se agregan las palabras: Escribir los datos registrados.
	Beneficiarios	Se agregan las palabras: Datos de los
	Apellido paterno, apellido materno, Nombre (s)	Se eliminan las palabras: Tal como aparecen. Se agregan las palabras: Escribir los datos registrados. Se elimina la palabra: éste. Se elimina la frase: Anotar en el siguiente renglón apellidos y nombre del albacea y en el espacio PORCENTAJE, escribir ALBACEA.
	Parentesco	Se agrega esta fila.
	Edad*	Se elimina la frase: Día, mes y año actual del beneficiario o albacea. Se agrega la frase: Años cumplidos del beneficiario a la fecha de llenado del formato.
	Porcentaje	Se elimina la frase: En caso de haber designar un albacea, escribir ALBACEA en este espacio. Se agrega la frase: en caso de ser varios beneficiarios, la suma de los porcentajes deberá ser igual a 100.
	No. de Albacea	Se agrega esta fila.
	Datos del albacea	Se agrega esta sección.
	Firma del trabajador	Se elimina la frase: Sin ésta el formato no tendrá validez. Se agrega la frase: Se deberá firmar con tinta azul.
	Sello y firma de recibido	Se sustituye la frase "Sello y firma de recibido" por "Sello, fecha y firma del Departamento de Prestaciones Sociales". Se elimina la frase: De la dependencia que recibió el formato. Se agrega la frase: Sello con día, mes y año en que se recibió el formato en el Departamento de Prestaciones Sociales.

Firmas de autorización

PROPONE	AUTORIZA	FECHA	
		AUTORIZACIÓN	ENTRADA EN VIGOR
 Mtra. Nydia Rojano Vázquez Directora de Personal	 L.C. Rosa Aidé Villalobos Betancourt Directora General de Recursos Humanos	25/05/2023	29/05/2023