



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 | <input type="checkbox"/> |
| CAMBIOS | <input type="checkbox"/> |
| DOMICILIO | <input type="checkbox"/> |
| BENEFICIARIOS | <input type="checkbox"/> |

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

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

| | | | | | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------|--|--|---------------------|---------------|--|
| No. DE PERSONAL | | FECHA DE INGRESO U.V. | | | FECHA DE NACIMIENTO | | |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | DIA MES AÑO | | | DIA MES AÑO | | |
| NOMBRE | APELLIDO PATERNO | | | | | | |
| | APELLIDO MATERNO | | | | | | |
| | NOMBRE (S) | | | | | | |
| DOMICILIO ACTUAL | CALLE Y NUMERO (EXT. E INT.) | | | | | | |
| | COLONIA | | | | | CODIGO 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.



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 | APELLIDO PATERNO |
| | APELLIDO MATERNO |
| | NOMBRE (S) |
| DIRECCIÓN ACTUAL | CALLE Y NUMERO (EXT. E INT.) |
| | COLONIA |
| | CÓDIGO POSTAL |
| | POBLACIÓN O CIUDAD |
| | ENTIDAD FEDERATIVA |
| Escribir los datos registrados en el acta de nacimiento del trabajador. | |
| Escribir el domicilio vigente a la fecha de llenado del formato. | |
| 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 |