

DATOS PARA DECLARATORIA DE BENEFICIARIOS

El/la que al final suscribe, manifiesto bajo protesta de decir verdad que estoy enterado (a) de las sanciones a que se hacen acreedores quienes declaran falsamente y que los datos que a continuación proporciono son ciertos y los señalo para que se interponga demanda en vía tramitación especial para efecto de obtener de declaratoria de beneficiarios.

Se hace de su conocimiento que la información recabada en el presente formato que contiene datos es confidencial y será utilizado sólo para los fines obtenidos, protegiendo la información de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (artículo 9 fracción II y III; artículo 16 párrafo segundo), la Constitución del Estado de Jalisco (artículo 9 fracción V), la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco (artículos 20, 21, 22 y 23).

Asimismo, le informamos que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social del Estado de Jalisco, tiene debidamente registrados y aprobados por el Instituto de Transparencia e Información Pública del Estado de Jalisco, los criterios generales en materia de Protección de Información Confidencial y Reservada.

DATOS DE QUIEN PROMUEVE

NOMBRE:

DOMICILIO

CALLE Y NÚMERO:

COLONIA:

MUNICIPIO:

C.P.

CELULAR:

TELÉFONO:

TELÉFONO FAMILIAR:

ESTADO CIVIL:

EDAD:

CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DEL TRABAJADOR FALLECIDO

NOMBRE:

PARENTESCO CON EL TRABAJADOR(A) FINADO(A):

FECHA DE LA DEFUNCIÓN:

/ /

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN:

DATOS DE LA FUENTE DE TRABAJO

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NOMBRE COMERCIAL:

DOMICILIO

CALLE Y NÚMERO:

ENTRE:

Y

COLONIA:

MUNICIPIO:

C.P.

GIRO COMERCIAL O ACTIVIDAD:

PERSONA QUE CONTRATÓ AL TRABAJADOR:

JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR:

DATOS DEL PATRÓN

NOMBRE:

NOMBRE COMERCIAL:

DOMICILIO

CALLE Y NÚMERO:

ENTRE:

Y

COLONIA:

MUNICIPIO:

C.P.

GIRO COMERCIAL O ACTIVIDAD:

PERSONA QUE CONTRATÓ AL TRABAJADOR:

JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR:

DATOS DE LA RELACIÓN LABORAL

FECHA DE INGRESO
AL TRABAJO

/ /

ÚLTIMO PUESTO:

ÚLTIMO SALARIO:

HORARIO DE TRABAJO

ENTRADA

:

SALIDA

:

DÍA DE TRABAJO:

(D)(L)(M)(Mi)(J)(V)(S)

DÍA DE DESCANSO:

(D)(L)(M)(Mi)(J)(V)(S)

PRESTACIONES QUE SE LE ADEUDAN:

Prima de antigüedad

Seguridad social

Salarios devengados

Riesgo de trabajo

OTROS (ESPECIFIQUE):

TESTIGOS

NOMBRE Y DOMICILIO DE TESTIGO 1:

NOMBRE Y DOMICILIO DE TESTIGO 2:

RATIFICO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON VERDADEROS

Guadalajara, Jalisco a ____ de _____ de 20 ____

Nombre y firma del promovente

Nombre y cargo de quien autoriza

Horario de recepción de documentos:
Lunes a viernes
8:30 a 15:00 horas

CAMBIOS

VERSIÓN 01	SE AGREGÓ EN LA PARTE FINAL DEL DOCUMENTO UN REQUISITO MÁS QUE SON LOS TESTIGOS SE AGREGÓ EL HORARIO DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS A LOS USUARIOS	16/11/2011
VERSIÓN 02	SE AGREGARON LOS CAMPOS DE PARENTESCO CON EL TRABAJADOR FINADO Y NOMBRE COMERCIAL	15/04/2013