



**Universidad Autónoma de Tamaulipas  
DIRECCION DE AUDITORIA INTERNA Y NOMINAS**

F04

**DECLARACION DE BENEFICIARIOS POR EL PERSONAL DOCENTE DE HORARIO LIBRE SINDICALIZADO  
(ACTIVO) DE LA UNIVERSIDAD**

**DATOS GENERALES**

FOTO	<b>Paterno</b>	<b>Materno</b>	<b>Nombre (s)</b>
	<b>Sexo</b>	<b>RFC</b>	<b>Homoclave</b>
	<b>Estado civil</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Estado</b>
			<b>País</b>

**DOMICILIO ACTUAL**

<b>No Empleado</b>	<b>Estado</b>	<b>Municipio</b>	<b>Colonia</b>
<b>Calle</b>	<b>Numero</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Lada</b>
			<b>Teléfono</b>

**BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES DE DOCENTES DE HORARIO LIBRE SINDICALIZADOS ACTIVOS**

Paterno	Materno	Nombre (s)	Parentesco	Fecha Nacimiento	Porcentaje
<b>PRIMA DE ANTIGÜEDAD (C.C.T. CLAUSULA 63)</b>					
<b>SEGURO DE VIDA (C.C.T. CLAUSULA 50)</b>					
<b>PAGO DE MARCHA (C.C.T. CLAUSULA 4 DEL ACUERDO COMPROMISO)</b>					

ALTA DE BENEFICIARIOS    FECHA DE ALTA \_\_\_\_\_

ACTUALIZACION DE BENEFICIARIOS    FECHA DE ACTUALIZACION \_\_\_\_\_

Huella Dactilar

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE SINDICAL

Declaro bajo protesta de decir verdad lo manifestado en el presente documento.

**Nota: en caso de conflicto de intereses de beneficiarios o personas no designadas, se suspenderá el otorgamiento de las prestaciones hasta en tanto la autoridad competente resuelva de manera definitiva quienes serán los beneficiarios.**