

Pliego Testamentario

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas

Presente:

El (la) que suscribe _____ (1)

por mi propio derecho, con el registro federal de contribuyentes y Homoclave

_____ (2), personal sindicalizado del Instituto Nacional de los Pueblos

Indígenas (INPI), señalando domicilio para oír y recibir notificaciones y acuerdos en

_____ (3),

autorizando para tales efectos a _____ (4)

ante usted con todo respeto comparezco y expongo:

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1 y 8 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 25 fracción X y 501 de la Ley Federal del Trabajo, correlacionada con la cláusula 71 fracción VIII y último párrafo del Contrato Colectivo de Trabajo, y bajo protesta de decir verdad, designo como beneficiario (s) de salario y prestaciones a las que se refieren las fracciones I, II, III, IV, VI, VII, XIII, XIV y XVII de la cláusula 71 del Contrato Colectivo de Trabajo, así como lo establecido en las cláusulas 64 y 129, siempre y cuando se hayan generado hasta el momento de la defunción o desaparición derivada de un acto delincencial; por orden de preferencia a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre (5)	Parentesco (6)

Se adjunta como pruebas las siguientes:

- Acta de nacimiento y/o acta de matrimonio, y/o resolución judicial.

Manifestando mi entera voluntad en este Pliego Testamentario para los efectos de la Ley y el Contrato Colectivo de Trabajo vigente.

A ____ (7) de _____ (8) del año ____ (9) en _____ (10)



Datos del personal sindicalizado en activo

<hr/>	<hr/>
Nombre completo (11)	Firma (12)
<hr/>	<hr/>
Número de empleado (13)	Unidad Operativa u Administrativa (14)
<hr/>	<hr/>
Ciudad (15)	Estado (16)

Testigos

<hr/>	<hr/>
Nombre completo y firma (17)	Nombre completo y firma (18)

C.c.p. Oficinas Centrales. Dirección de Recursos Humanos y Organización.
C.c.p. Unidad Administrativa u Operativa
C.c.p. Oficina de Representación

INSTRUCTIVO DE LLENADO

1	NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR (A)
2	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL TRABAJADOR (A)
3	DOMICILIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES EL TRABAJADOR (A)
4	NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE AUTORIZA A RECIBIR NOTIFICACIONES
5	NOMBRE DEL BENEFICIARIO(A) DEL TRABAJADOR (A)
6	PARENTESCO CON EL TRABAJADOR (A)
7	NÚMERO DE DÍA
8	MES DEL AÑO
9	AÑO
10	LOCALIDAD/MUNICIPIO/ESTADO
11	NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR (A)
12	FIRMA DEL TRABAJADOR (A)
13	NÚMERO DE EMPLEADO (A)
14	LUGAR ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR (A)
15	CIUDAD EN LA QUE RADICA EL TRABAJADOR (A)
16	ENTIDAD FEDERATIVA EN LA QUE RADICA EL TRABAJADOR (A)
17	NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1
18	NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2