

**CÉDULA DE ANÁLISIS DEL CÁLCULO PARA PAGO
DEL BENEFICIO DE FALLECIMIENTO DEL PLAN DE SEGURIDAD SOCIAL**

DATOS DEL EMPLEADO

Número de Empleado:

Nombre:

Sexo: masculino femenino

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Defunción:

Edad al fallecer:

Estado Civil:

DOMICILIO DEL EMPLEADO

Calle y Número:

Colonia:

Ciudad y Estado:

DATOS DEL EMPLEO

Fecha de Ingreso:

Dependencia:

Situación: activo incapacidad revisable

Fecha de Incapacidad:

DATOS DEL SINIESTRO

Tipo: muerte natural muerte accidental incapacidad

Causa del Siniestro:

Extendió el Certificado:

DATOS DEL CÁLCULO

CONCEPTOS	Monto
Sueldo Base mensual	
Beneficio por Fallecimiento (75 meses)	
Beneficio por Invalidez (30 meses)	



DOCUMENTOS PRESENTADOS

Fecha de Recepción de Documentos:

	SI	NO
Acta de Defunción del Empleado original		
Certificado de Invalidez Total y Permanente		
Carta Testamentaria		
Identificación del Empleado		
Recibo o talón de sueldo		
Documento de comprobación de sueldo		
Actuaciones del Ministerio Público (muerte violenta o accidental)		
Identificación (es) del (os) beneficiario (s)		
Acta (s) de nacimiento del (os) beneficiario (s) y Extintos		
Documentos de rectificación de nombre		
Acta de Matrimonio Certificada		
Oficio de autorización de deposito		
Caratula interbancaria		
No. Celular		

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco	%	Monto

Elaboró
Nombre y Firma

Dictaminó
Nombre y Firma

Revisó
Nombre y Firma

.....
.....