



2010, AÑO DEL BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA
NACIONAL Y CENTENARIO DE LA REVOLUCION
MEXICANA.

ENTIDAD:	SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA
	SUBDIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
DIRECCIÓN:	DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD:	SERVICIOS AL PERSONAL
DEPARTAMENTO:	RELACIONES LABORALES
OFICINA:	PRESTACIONES INSTITUCIONALES
OFICIO NUM:	11C/11C.1.2/ /2010. 002505

Asunto: Requisitado de formatos del Seguro de Vida
Institucional.

C I R C U L A R

Oaxaca de Juárez, Oax., 29 de diciembre 2010.

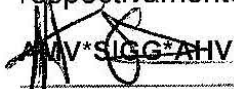
CC. SUBDIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD,
SUBDIRECTOR GENERAL DE INNOVACION Y CALIDAD,
COORDINADORES GENERALES, DIRECTORES DE AREA,
JEFES DE JURISDICCION, DIRECTORES DE HOSPITALES,
JEFES DE UNIDAD, JEFES DE DEPARTAMENTO Y
DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD
P R E S E N T E.

Con el fin de dar cumplimiento al oficio num 307-A.-5643, de fecha 10 de noviembre de 2010, signado por el C. ALFONSO MEDINA MEDINA, Subsecretario de Egresos Unidad de Política y Control Presupuestario de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en el que nos comunica el fallo de la licitación en el que se adjudicó el contrato a la aseguradora GRUPO NACIONAL PROVINCIAL, S.A.B. de fecha 08 de noviembre de 2010, el cual tendrá vigencia de 36 meses de las 00:00 horas del 01 de diciembre de 2010 a las 24:00 horas al 30 de noviembre de 2013, al respecto me permito anexar dos formatos los cuales detallo a continuación:

1.-Consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios del Seguro Institucional de Vida.- Mediante este formato se hará la designación de beneficiarios independientemente que se elija o se rechace la potenciación.

2.-Elección de Incremento de suma asegurada (Potenciación y Autorización de Descuento en Nómina).- En este Formato se elegirá o rechazará la potenciación del seguro. La suma asegurada adicional a elegir por cada trabajador es de 34, 51 o 68 meses de su percepción ordinaria, y la prima es de 1.50%, 2.51% y 3.18% respectivamente.

...(2)


MV*SIGG*AHV

Violetas N° 401 Col. Reforma Oax. C.P. 68000
Tel. (Fax) 5010524 y 5161189
relabss@salud.gob.mx



2010, AÑO DEL BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA
NACIONAL Y CENTENARIO DE LA REVOLUCION
MEXICANA.

ENTIDAD:	SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA
	SUBDIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
DIRECCIÓN:	DIRECCION DE ADMINISTRACIÓN
UNIDAD:	SERVICIOS AL PERSONAL
DEPARTAMENTO:	RELACIONES LABORALES
OFICINA:	PRESTACIONES INSTITUCIONALES
OFICIO NUM:	11C/11C.1.2/ /2010. 002505

- 2 -

No omito manifestarles que los trabajadores que ya tengan potenciada su suma asegurada es necesario que vuelvan a actualizar su formato de potenciación de acuerdo a las primas señaladas en el párrafo anterior.

Los formatos a que se hace alusión deberán de ser llenados por todos los trabajadores de base y regularizados de las áreas a su digno cargo, mismas que deberán ser entregados al Jefe de Recursos Humanos para que a su vez sean enviados al Departamento de Relaciones Laborales con domicilio en Violetas número 401, Col. Reforma, Oax.. Por lo que agradeceré que los formatos debidamente requisitados se entreguen en una relación impresa y en medio magnético (CD, USB, correo electrónico: relabsso@Hotmail.com) en formato Excel, conteniendo R.F.C. y Nombre, teniendo como fecha limite para entregar dicha documentación el día 11 de febrero del año 2011, siendo de su estricta responsabilidad el no entregarla en la fecha indicada.

Sin otro particular por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE.
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION.
"EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ"
JEFE DE LA UNIDAD DE SERVICIOS AL PERSONAL
LIC. CESAR FIGUEROA HERNANDEZ.

C.C.P.-DR. GERMAN DE JESUS TENORIO VASCONCELOS.-Secretario de Salud del estado Y Director General de los S.S.O.- J.P. García No. 103, Centro, Oax.-Par su conocimiento.
LIC. JOSE ANTONIO CORREA ARGUELLO.-Subdirector General de Administración y Finanzas de los S.S.O.- Para su conocimiento.
Director de Administración de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Violetas Num. 401, Col. Reforma, Oax.- Para su conocimiento.
LIC. JORGE OCTAVIO HOLDER CRUZ.-Jefe del Departamento Jurídico.- Para su conocimiento.- Idem.
LIC. CESAR FIGUEROA HERNANDEZ.-Jefe de la Unidad de Servicios al Personal.- Violetas Num. 401, Col. Reforma, Oax.- Idem.
ING. JENOE RUIZ LOPEZ.- Srio.Gral de la Secc. Sind. Num. 35.-Leandro Valle No. 108, Centro, Oax.- Para su conocimiento.-
C. AUDBERTO L. MARQUEZ VILLEGAS.- Srio.Gral de la Secc. Sind. Num. 73.- Para su conocimiento.- Idem.
LIC. JESUS CERQUEDA MARTINEZ.- Srio.Gral de la Secc. Sind. Num. 94.- Para su conocimiento.-
C. ALFREDO MARQUEZ ZAPO.- Srio.Gral de la Secc. Sind. Num. 71.- Para su conocimiento.-

AMV*SIGG*AHV

Violetas N° 401 Col. Reforma Oax. C.P. 68000
Tel. (Fax) 5010524 y 5161189
relabsso@salud.gob.mx

SALUD

SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL**FORMATO PARA ELECCIÓN DE
POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA
ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE
DESCUENTO EN NÓMINA**REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES
CON HOMOCLAVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO**CONSIDERACIONES**

ESTA INFORMACIÓN SE SOLICITA PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE GANE LA LICITACIÓN Y BRINDE EL SERVICIO A LOS ASEGURADOS, PAGUE LOS SINIESTROS QUE OCURRAN CON LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE 40 MESES DE PERCEPCIÓN ORDINARIA, MÁS LA POTENCIACIÓN ELEGIDA.

EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y SE AUTORIZA EL CORRESPONDIENTE DESCUENTO EN NÓMINA.

ÚNICAMENTE SE DEBERÁ FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE INVALIDARÁ Y SE TENDRÁ QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO.

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE DICIEMBRE DE 2010, EN CASO DE HABER ELEGIDO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE DICIEMBRE DE 2010).

SUPUESTO 1 ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.

A través del presente formato **elijo** de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:

Autorizo a (*escribir el nombre de la dependencia, órgano o entidad*) para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO		
34	51	68
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marcar con una "X" la
opción elegida.
(Sólo una opción)

Nombre del Asegurado:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

FIRMA:

SUPUESTO 2 PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN POTENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA); POR LO TANTO, EN ESTE CASO NO SE APLICARÁ NINGÚN DESCUENTO NOMINAL POR ESTE CONCEPTO.

Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la suma asegurada).

Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la suma asegurada de mi Seguro de Vida Institucional es únicamente de 40 meses de percepción ordinaria y es mi deseo así mantenerla.

Nombre del Asegurado:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)


FIRMA:

Lugar y fecha

a

de

de

 SALUD SERVICIOS DE SALUD DEL GOBIERNO	CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;">NÚMERO DE EXPEDIENTE</td></tr> <tr><td style="height: 20px;">REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE</td></tr> <tr><td style="height: 20px;">CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN</td></tr> </table>	NÚMERO DE EXPEDIENTE	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE	CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN
NÚMERO DE EXPEDIENTE					
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE					
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN					
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MÁQUINA DE ESCRIBIR.					
CONTRATANTE <i>Nombre de la Dependencia o Entidad a la que pertenece el servidor público</i>					
NOMBRE DEL ASEGURADO		SUMA ASEGURADA EN MESES			
		SUMA ASEGURADA BÁSICA : 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA En caso de contratar algún incremento de suma asegurada (34 ó 51 ó 68 meses más de sueldo bruto), la suma asegurada total será entonces la suma de 40 más la opción contratada.			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)			
		FECHA DE ALTA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD			
		DA. MES AÑO			
*BENEFICIARIO (S) (Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formato, salvo que desee que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mi deseo que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estoy consciente que no podré realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.		PARENTESCO			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)			
PORCENTAJE					
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ					
EXPRESAMENTE OTORGO A (NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD), MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN.		ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>			
FIRMA DEL ASEGURADO		HUELLA DEL PULGAR DERECHO			
TESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA					
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1		NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2			
Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: a de de					
ESTE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADO Y ENTREGADO EN RECURSOS HUMANOS Y DEJARÁ SIN EFECTOS A LOS QUE SE HAYAN FIRMADO Y ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.					

***BENEFICIARIOS:**

En el caso de que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.