



"2022, AÑO DEL CENTENARIO DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA"

Subdirección General de Administración y Finanzas.
Dirección de Administración.
Unidad de Servicios de Personal.
Departamento de Relaciones Laborales.
CIRCULAR No. 039

Oaxaca de Juárez, Oax. 20 de mayo 2022.

**CC. JEFES JURISDICCIONALES,
DIRECTORES DE HOSPITALES,
DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.
P R E S E N T E S.**

A través de la presente informo a ustedes que, a partir del 16 de mayo del año en curso, los Médicos, Enfermeras y Cirujanos Dentistas que deseen contratar la extensión de cobertura de la póliza del Seguro de Riesgo Profesional (Concepto 34), para el desempeño profesional dentro de los Servicios de Salud de Oaxaca y en su práctica privada, tendrán los siguientes costos y en cualquier rubro que elijan se agregará la cobertura básica que es de \$ 34.61:

INCREMENTAR SUMA ASEGURADA DENTRO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD	PRIMA TOTAL ANUAL	DESCUENTO QUINCENAL
\$ 5,000.000.00 M.N.	\$ 2,116.00	\$ 88.17
\$ 10,000.000.00 M.N.	\$ 6,800.00	\$ 283.33

AMPLIACIÓN DEL SEGURO EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA Y EN SU PRÁCTICA PRIVADA

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD	PRIMA TOTAL ANUAL	DESCUENTO QUINCENAL
\$ 1,000.000.00 M.N.	\$ 3,172.00	\$ 132.16
\$ 3,500.000.00 M.N.	\$ 3,450.00	\$ 143.75
\$ 5,000.000.00 M.N.	\$ 4,600.00	\$ 191.66
\$ 10,000.000.00 M.N.	\$ 10,300.00	\$ 429.16

Así mismo, los trabajadores que deseen potenciar la suma asegurada, deberán enviar los siguientes documentos:

- Solicitud de potenciación debidamente requisitada (anexo)
- Copia del último comprobante de pago.
- Copia de la credencial de elector.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarles un cordial saludo.

**ATENTAMENTE.
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.
"EL RESPETO AL DERECHO AJENO, ES LA PAZ"
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN.**

Claudia Tovar Carrillo
C.P. CLAUDIA JUDITH TOVAR CARRILLO



C.f.p.- MTRA. VIRGINIA SÁNCHEZ RÍOS. SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO Y DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA. - J.P. GARCÍA No. 103, COL. CENTRO, CIUDAD. - PARA SU CONOCIMIENTO.
LIC. ALEJANDRO NEGRETE ÁLVAREZ. - SUBDIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LOS S.S.O. -IDEM.
IGE. EKATERIN ALEJANDRA HERNÁNDEZ JUÁREZ. ENCARGADA DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE PERSONAL DE LOS S.S.O.-IDEM.
A TODAS LAS REPRESENTACIONES SINDICALES.
MINUTARIO.

[Handwritten signature]
EAHJ RAG*NAP*DAF**iari

FECHA DE SOLICITUD: ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO**SOLICITUD DE POTENCIACIÓN SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA**

PARA EL PERSONAL PROFESIONAL AL CUIDADO DE LA SALUD: Médicos, Odontólogos, y cualquier Personal Auxiliar y Técnico de la Medicina: Base Federal, Formalizado, Estatales S SP y Estatales C 5P, de la Secretaría de Salud de Oaxaca.

INICIO DE VIGENCIA SOLICITADA: ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO**INFORMACIÓN PERSONAL**NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

R.F.C.: _____ C.U.R.P.: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO: _____

DOMICILIO PARTICULAR CALLE: _____

COLONIA: _____ DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____

C.P. _____ CIUDAD O POBLACIÓN: _____ ESTADO: _____

TELÉFONO _____ PROFESIÓN / ESPECIALIDAD: _____

CUENTA CON SU CONCEPTO DE DESCUENTO 34: SI _____ NO _____

CÉDULA PROFESIONAL/ ESPECIALIDAD: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

PUESTO: _____

ESQUEMA A CONTRATAR

Por favor de acuerdo con la opción elegida indicarlo en el cuadro "Acepto descuento".

- a) Incrementar Suma Asegurada, estrictamente en el ejercicio de su profesión bajo la directriz de los Servicios de Salud de Oaxaca, y recuerde también que NO es adicional a la básica, es más bien complemento a la básica y es para llegar a ese límite elegido:

Limite Único y máximo de Responsabilidad hasta:	Prima Total Anual	Descuento Quincenal	Acepto Descuento	Acepto Descuento Contado
\$5'000,000.00 MN.	\$2,116.00	\$88.17		

- b) Ampliación del Seguro e Incrementar Suma Asegurada igual al esquema anterior en los Servicios de Salud de Oaxaca y Adicional en su PRÁCTICA PRIVADA, como profesionista independiente, persona física y NO como empleado o dueño de cualquier Institución o empresa pública o privada de salud.

Limite Único y máximo de Responsabilidad hasta:	Prima Total Anual	Descuento Quincenal	Acepto Descuento	Acepto Descuento Contado
\$1'000,000.00 MN.	\$3,172.00	\$132.16		
\$3'500,000.00 MN.	\$3,450.00	\$143.75		
\$5'000,000.00 MN.	\$4,600.00	\$191.66		



DESCUENTO POR NOMINA: Las opciones incluyen la prima de la cobertura básica para que conozcan la prima total anual a pagar, para contratar este seguro sólo llene y remita esta solicitud a su Área de Personal o al Asesor que se la proporcione, debe incluir la siguiente información: identificación oficial.

Las primas anteriores son totales e incluyen impuestos, son en moneda nacional tanto las primas como las sumas aseguradas. para concretar el trámite DE PAGO DE CONTADO debe anexar: comprobante de pago ,llenar esta solicitud y anexar copia de identificación oficial y último talón de nómina.

El inicio de vigencia será a partir del primer día natural de la quincena inmediata superior, al terminar deberá de renovar la misma para continuar con la cobertura.

Recuerde que sí ya cuenta con una reclamación, citatorio o evento o hecho conocido por usted o la Aseguradora, o amenazas de pacientes o de los familiares del paciente, al momento de la contratación, **NO ESTARÁ AMPARADO.**

INFORMACIÓN ADICIONAL

Indique sí, con motivo de sus actividades profesionales desde el momento del pago del seguro o durante los últimos tres años, ha tenido reclamaciones judiciales o extrajudiciales y sí, dentro del mismo lapso, ha sufrido siniestros, de ser el caso detalle las sumas reclamadas, los daños ocasionados, sus causas, los montos pagados o pendientes de pago, así como el estado de los respectivos procedimientos judiciales, arbitrales o administrativos:

Favor de recordar las disposiciones de los artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que se transcriben a continuación: “Artículo 8. El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

“Artículo 47. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

FIRMA DEL ASEGURADO:

Atención y Servicio

Para mayor información:

En la Cd. De México. y área Metropolitana:

Teléfono: (01 55) 54804100

Del resto de la República Mexicana:

Lada 800: 01 800 718 8946 Ext. 4100

Juntos el Riesgo es Menor^{MR}

**De acuerdo s condiciones de la póliza de Seguro previamente pactadas.*

NOTA ACLARATORIA: Por favor de conservar una copia sellada y firmada de recepción