



“2023, AÑO DE LA INTERCULTURALIDAD.”

OAXACA
GOBIERNO DEL ESTADO

Subdirección: General de Administración y Finanzas.
Dirección: de Administración.
Unidad: de Servicios de Personal.
Departamento: de Relaciones Laborales.
CIRCULAR NÚM. 018
Asunto: Actualización de la potenciación del Seguro Institucional.
Oaxaca de Juárez, Oax., 3 de abril de 2023.

**CC. SUBDIRECTORES GENERALES,
DIRECTORES DE ÁREA, COORDINACIONES GENERALES,
JEFES DE JURISDICCIONES SANITARIAS,
DIRECTORES DE HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD,
JEFES DE UNIDAD Y DE DEPARTAMENTO.
P R E S E N T E.**

Con motivo de la Licitación Pública Nacional para la adjudicación del Seguro de Vida Institucional, a beneficio de los trabajadores de base de este Organismo, comunico a Ustedes, que la empresa Aseguradora Seguros Banorte S.A. de C.V. brindará este servicio con vigencia a partir del 01 de abril de 2023 y culminando el 31 de marzo de 2026, así mismo, me permito informarles que el formato de designación de beneficiarios requisitado con anterioridad por cada trabajador continua vigente.

Por otra parte es necesario que los trabajadores que tienen la suma asegurada potenciada, envíen de manera urgente el formato actualizado de la aceptación de potenciación o en su defecto el oficio para la cancelación del descuento, dirigido a esta Dirección de Administración. Derivado de lo anterior, deberán considerar que las primas de descuento serán por 34 meses 3.15%, 51 meses 5.36% y 68 meses 7.89%, que será tomada de la percepción ordinaria (concepto 07) y en algunos códigos se tomará la compensación garantizada para el descuento respectivo. Adjunto a la presente circular, el listado de trabajadores que gozan de este beneficio.

Esta información deben enviarla al Departamento de Relaciones Laborales a más tardar el día 20 de abril del año en curso, en un horario de 08:00 a 15:00 horas o para más información podrán comunicarse al número 9513499510 con Araceli Hernández Velasco.

Sin otro particular, le reitero mis respetos.

ATENTAMENTE

**M.F. JUAN GILBERTO MARTÍNEZ RUEDA,
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.**



- C.f.p.- **DRA. Ana Lilia Velasco Hernández.-** Secretaria de Salud del Estado y Directora General de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Para su conocimiento.
C. Octavio Torres Castillo.- Subdirector General de Administración y Finanzas de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.
LIC. Christian Ramírez Sánchez.- Director de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud de Oaxaca.- Mismo fin.
A todas las direcciones Sindicales.- Mismo fin.

*APO*gnem*nap*orr*ahy



SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO,
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

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 ABRIL DE 2023, 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 ABRIL DE 2023).

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 los Servicios de Salud de Oaxaca 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

Marcar con una "X" la opción elegida (Solo 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 bruta y es mi deseo así mantenerla.

Nombre del Asegurado: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Firma: _____

Lugar y fecha: a de de