



SECCIÓN 78



Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo

Dependencia: Secretaría de Salud
 Dirección Administrativa
 Subdependencia: Subdir. Recursos Humanos
 Oficina: Depto. de Relaciones Laborales
 No. De Oficio : 5009/2024/
 Expediente: 83575

DIRECTO

"200 años del Estado Federal de Michoacán"

Asunto: Seguro de vida del personal.

Morelia, Mich. a

30 DIC 2024

OFICIO CIRCULAR DIRIGIDO A: PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN

Derivado del Contrato N° SSM-LPN-001/2024 y/o LA-75-T20-916011999-N-1-2024, realizado con la empresa Seguros Argos, S.A. de C.V., para los años 2024, 2025 y 2026, relativo al seguro de vida del personal (seguro de vida para el personal de los Servicios de Salud de Michoacán) – plurianual, para los trabajadores de Base Federales, Estatales, Homologados, Hospital de la Mujer, Regularizados y Formalizados.

Al respecto, se solicita que, a partir de la publicación del presente comunicado y en un plazo que no exceda de **15 días hábiles**, los trabajadores interesados en **potenciar** el Seguro de Vida Institucional, deberán requisitar en su unidad de adscripción, el formato denominado Consentimiento para ser Asegurado, Elección de Potenciación (Incremento de Suma Asegurada) y Autorización de Descuento en Nómina, lo anterior es así, ya que se tiene un término específico para reportar a la aseguradora los casos que elijan incrementar la suma asegurada, debiendo optar por alguna de las coberturas que se indican a continuación:

Suma asegurada potenciada	Cuota de la nómina mensual
34 meses	2.72%
51 meses	4.08%
68 meses	5.44%

Basado en lo antes mencionado, el personal que tenga la elección de potenciación, y que ya no desee contar con la misma, deberá declararlo a través de un escrito; en el entendido que, de no haber manifestación expresa respecto a la cancelación de potenciación, se tendrá por renovada, toda vez que, dicha designación de beneficiarios sigue siendo válida para la aseguradora Argos, S.A. de C.V., quien reconoce y/o acepta los consentimientos y designación de beneficiarios de vigencias previas, emitidos por otras empresas aseguradoras.

Anexo encontrará, formatos para ser complementados por los trabajadores que así lo requieran, los cuales no deberán presentar tachaduras, enmendaduras, ni corrector.

Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL OPD
DE SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN

DR. LÁZARO CORTÉS RANGEL

Va. Bg.

C.P. RICARDO TAPIA RÍOS
DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DE MICHOACÁN Y DEL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DE
MICHOACÁN

VALIDO
LIC. LUIS ANTONIO RODRÍGUEZ ALCÁNTAR
SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

"El contenido del presente documento es responsabilidad directa del titular del Área Administrativa que lo genera, en apego a sus atribuciones"

Al contestar este oficio, citense los datos contenidos en el cuadro del ángulo superior derecho



SECCIÓN 78



Gobierno del Estado
de Michoacán de Ocampo

Dependencia: Secretaría de Salud

Dirección Administrativa

Subdependencia: Subdir. Recursos Humanos

Oficina: Depto. de Relaciones Laborales

No. De Oficio : 5009/2024/

Expediente:

"200 años del Estado Federal de Michoacán"

C.c.p. C.P. RICARDO TAPIA RÍOS. - Director Administrativo de la Secretaría de Salud de Michoacán y del O.P.D. Servicios de Salud de Michoacán.
C.c.p. C.P. FRANCISCO GARCÍA TRUJILLO. - Encargado de la Subdirección de Recursos Financieros.
C.c.p. M. EN A.P. CINTHYA KARINA CELAYA CRUZ. - Subdirectora de Recursos Materiales y Servicios.
C.c.p. LIC. ALEJANDRO MAGAÑA GONZÁLEZ. - Subdirector Jurídico.
C.c.p. I.S.C. FABIOLA ALEJANDRA HUERTA BOLAÑOS. - Jefa del Departamento de Nóminas y Pagos.
C.c.p. C. CESAR IGNACIO AGUILAR MELCHOR. - Jefe de Departamento de Control de Pagos.
C.c.p. LIC. PEDRO GONZÁLEZ ÁBREGO. - Jefe del Departamento de Relaciones Laborales.
C.c.p. Minutario Subdirección de Recursos Humanos.
C.c.p. Minutario General de la Secretaría de Salud.
LARA/PGA/mvm

Al contestar este oficio, cítense los datos contenidos en el cuadro del ángulo superior derecho

"El contenido del presente documento es responsabilidad directa del titular del Área Administrativa que lo genera, en apego a sus atribuciones"





SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS

NUMERO 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

SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN

NOMBRE DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA EN MESES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA BRUTA

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 meses más la opción contratada.

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD

DÍA

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.

Llenar solo en caso de que se desee que la presente designación de Beneficiarios sea irrevocable

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

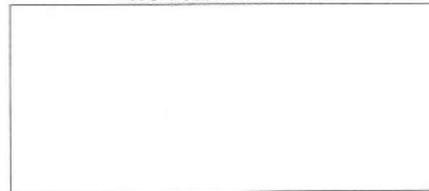
PORCENTAJE

PARENTESCO

BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDA EN LA PÓLIZA: INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ.

EXPRESAMENTE OTORGO A SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN, 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



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

ESTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA 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 las formas 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 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.