



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

ENTIDAD:	SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA
DIRECCION:	SUBDIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
UNIDAD:	DE ADMINISTRACIÓN
DEPARTAMENTO:	DE SERVICIOS AL PERSONAL
OFICINA:	RELACIONES LABORALES
	PRESTACIONES ADICIONALES
	11C/11C.1.2/ 040 /2010

CIRCULAR

Oaxaca de Juarez, Oax. a 12 de abril de 2010.

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

Con el propósito de dar a conocer al **personal de mandos medios y superiores la Cobertura del Seguro de Responsabilidad Civil**, el cual tiene como finalidad proteger a los Servidores Públicos que en ejercicio de sus funciones sean objeto de acciones en materia de responsabilidad civil por hechos u omisiones y/o derivados de estos; anexo al presente el formato de la solicitud y los lineamientos del **Seguro de Responsabilidad Civil y Asistencia Legal para cubrir daños a terceros y Responsabilidad Patrimonial**.

Por lo que para tal efecto, los servidores públicos que deseen la contratación del Seguro en mención, deberán enviar a través de su Jefe de Recursos Humanos al Departamento de Relaciones Laborales el formato a mas tardar el día 23 de abril del año en curso, con el objeto de realizar el tramite de alta a partir de la primera quincena de junio; cabe hacer mención que en el supuesto de no hacer entrega de la solicitud en la fecha indicada podrá hacerlo con posterioridad, con la observación de que se dará de alta en la quincena inmediata a la recepción de su solicitud.

Así mismo para cualquier duda o aclaración comunicarse al Departamento de Relaciones Laborales con la C. Irais A. Hernández Ignacio y/o CP. Blanca I. Cornejo Ramos, al teléfono 51-3-49-51.

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

**A T E N T A M E N T E .
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION.
"EL RESPETO AL DERECHO AJENO, ES LA PAZ"
DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE LOS S.S.O.**

LIC. JOSÉ YURI ARIAS CRUZ



C.c.p.- DR. Armando Altamirano Jiménez.- Subdirector General de los .S.S.O.- Para su conocimiento.
CP. Sergio R. Patoni y Partida.-Subdirector General de Administración y Finanzas de los S.S.O.- Para su conocimiento.
CP. Marina M. Martínez Tamayo.- Jefa de la Unidad de Servicios al Personal.- Para su conocimiento
Minutario

MMMT*ACE*SIGG*BIGR*iahi

CALLE VIOLETAS No. 401,
ESQ. ESCUELA NAVAL MILITAR
C.P. 68050 TEF. 51- 3-49- 51.
www.salud-oaxaca.gob.mx



México D.F., 4 de marzo de 2010

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y ASISTENCIA LEGAL PARA EL PERSONAL DE MANDOS MEDIOS, SUPERIORES Y HOMÓLOGOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD 2010 Y 2011

PRESENTE.

Por este conducto nos permitimos hacer de su entero conocimiento la siguiente información respecto al Seguro en comento destinado para los Funcionarios Públicos de la Secretaría de Salud.

Datos de la póliza.

No. De Póliza maestra:	MP COM 3230635-000-00
Vigencia de la Póliza:	1 de enero 2010 al 31 de diciembre de 2011

La póliza arriba indicada se genero a partir de del fallo a favor de nuestra compañía de Seguros bajo la licitación pública mixta **No. 00012001-011-09**.

APARTADO "A" COBERTURA BÁSICA

Cobertura Básica:	.- Responsabilidad Civil y Asistencia Legal frente a terceros
Suma Asegurada Básica:	\$3,000,000.00 MN

COSTO TOTAL.

Prima Total por 24 meses de vigencia	Descuento quincenal* al trabajador
\$2,505.60	\$52.20

*Este costo incluye IVA 16%

APARTADO "B" POTENCIACIÓN.

El periodo de contratación de esta cobertura será hasta el 31 de marzo de 2010 y durante el mes de enero de 2011. Para el caso de los nuevos integrantes en la póliza podrán contratar en ese momento su potenciación.

Coberturas :	.- Responsabilidad Administrativa. .- Responsabilidad Penal. .- Responsabilidad Política.		
Tabular de sumas Aseguradas por nivel de Mando:			
ALTA RESPONSABILIDAD (Niveles: G, H, I, J)	\$10, 000,000. MN	\$12, 500,000. MN	\$15, 000,000. MN
DIRECTIVOS (Niveles: K, L, M)	\$5, 000,000. MN	\$7, 500,000. MN	\$10, 000,000. MN
MEDIOS (Niveles: N, O, P)	\$3, 000,000. MN	\$4, 000,000. MN	\$5, 000,000. MN

COSTO TOTAL.

NIVEL DE MANDO		SUMA ASEGURADA		
ALTA RESPONSABILIDAD (Niveles: G, H, I, J)	ESQUEMA	I	II	III
	SUMA ASEGURADA	\$10,000,000. MN	\$12,500,000. MN	\$15,000,000. MN
Descuento quincenal* al trabajador		PRIMA		
		\$849.70	\$1,032.40	\$1,226.70
DIRECTIVOS (Niveles: K, L, M)	ESQUEMA	I	II	III
	SUMA ASEGURADA	\$5,000,000. MN	\$7,500,000. MN	\$10,000,000. MN
Descuento quincenal* al trabajador		PRIMA		
		\$551.00	\$730.80	\$849.70
MEDIOS (Niveles: N, O, P)	ESQUEMA	I	II	III
	SUMA ASEGURADA	\$3,000,000. MN	\$4,000,000. MN	\$5,000,000. MN
Descuento quincenal* al trabajador		PRIMA		
		\$312.84	\$378.61	\$458.98

*Estos costos incluyen IVA 16%

¿Qué hacer en caso de siniestro?

Comuníquese con GMX Seguros^{MR}:

En el D.F. y área Metropolitana:

(01.55) 55.84.17.36

Del resto del país: Lada 800

01.800.215.3455

Ambos / Las 24 horas los 365 días del año:

D.F. y área Metropolitana

01 (55) 5480-4021 y terminaciones 4059; 4007; 4011

De lunes a viernes de

8:30 AM a 17:30 PM

Teléfonos Celulares: 01 (55) 5415-1725, 01 (55) 54081733 y 01 (55) 9195-8893

Al realizar su reporte, tanto por teléfono, como por escrito, deberá proporcionar al domicilio de la Oficina GMX más cercana a Usted, y dentro de las 24 horas siguientes a partir del momento en que tenga conocimiento del hecho dañoso, los siguientes datos:

- a) Número de póliza
- b) Número de certificado
- c) Agregue:
 - i. Persona para contactar y su número telefónico,
 - ii. Descripción de los hechos,
 - iii. Cualquier otro dato o documento que le sea requerido.

Adicionalmente se anexa los términos y condiciones de la póliza antes mencionada, así como la solicitud correspondiente para incorporar al Funcionario al Esquema de Potenciación de su elección, conforme a su nivel de mando, cuadro comparativo de Aseguramiento de la vigencia anterior contra la actual y presentación en power point de las coberturas de esta nueva vigencia.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Raúl Tapia Eguiarte | Subdirector de Operaciones
Oficinas Regionales y Responsabilidad Civil
GRUPO MEXICANO DE SEGUROS, S.A. DE C.V.



Solicitud del Seguro de Responsabilidad Civil y Asistencia Legal POTENCIACIÓN

PARA EL PERSONAL DE MANDOS MEDIOS, SUPERIORES Y HOMÓLOGOS DE LAS UNIDADES CENTRALES Y ÓRGANOS
DESCONCENTRADOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD

INFORMACION PERSONAL

Nombre del Asegurado: _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (es) _____

RFC: _____ CURP: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Correo electrónico: _____ Teléfono: () _____

Domicilio particular: _____ Colonia: _____

Estado _____ C.P. _____

INFORMACION LABORAL

Nombre del Centro de trabajo: _____

Puesto y código funcional: _____ Tipo de contrato: _____

OPCION DE ASEGURAMIENTO

NIVEL DE MANDO	SUMA ASEGURADA		
	I	II	III
ALTA RESPONSABILIDAD (Niveles: G, H, I, J) <input type="checkbox"/>	\$10,000,000. MN <input type="checkbox"/>	\$12,500,000. MN <input type="checkbox"/>	\$15,000,000. MN <input type="checkbox"/>
Costo máximo mensual	\$1,699.40 (IVA incl.)	\$2,064.80 (IVA incl.)	\$2,453.40 (IVA incl.)
DIRECTIVOS (Niveles: K, L, M) <input type="checkbox"/>	\$5,000,000. MN <input type="checkbox"/>	\$7,500,000. MN <input type="checkbox"/>	\$10,000,000. MN <input type="checkbox"/>
Costo máximo mensual	\$1,102.00 (IVA incl.)	\$1,461.60 (IVA incl.)	\$1,699.40 (IVA incl.)
MEDIOS (Niveles: N, O, P) <input type="checkbox"/>	\$3,000,000. MN <input type="checkbox"/>	\$4,000,000. MN <input type="checkbox"/>	\$5,000,000. MN <input type="checkbox"/>
Costo máximo mensual	\$625.68 (IVA incl.)	\$757.22 (IVA incl.)	\$917.95 (IVA incl.)

FIRMA DEL ASEGURADO

VER DORSO

Juntos el riesgo es menor^{MR}