



Ciudad de México, a 29 de agosto de 2023

COMUNICADO

**AL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO EN
CENTROS DE TRABAJO SUSTANTIVOS ADSCRITOS A LA AEFM
PRESENTES**

En cumplimiento a las condiciones establecidas por la **Secretaría de Hacienda y Crédito Público**, en relación a la contratación consolidada plurianual del Seguro de Vida Institucional, se les informa que se llevará a cabo la **“Campaña de Potenciación del Seguro de Vida Institucional 2023”** para esta Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México.

La inscripción comprenderá del **1° al 29 de septiembre** del presente año, los requisitos para solicitar el **Alta** de la Potenciación del Seguro de Vida Institucional son los siguientes:

1. Formato de Potenciación Seguro de Vida Institucional 2023, debidamente requisitado y con firma autógrafa del

SUPUESTO 1	ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.											
<p>A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:</p> <p>Acepto los términos y condiciones que es establecen en la licitación vigente y autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, misma que se puede consultar en la página de internet https://shorturl.at/exQ02 así mismo en los incrementos de los porcentajes que se realizan al término de cada vigencia.</p> <p>Autorizo a la AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO (AEFCM) para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.</p>												
			<p>POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO Y EN PORCENTAJE DE DESCUENTO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>34 meses</th> <th>51 meses</th> <th>68 meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.15%</td> <td>5.36%</td> <td>7.89%</td> </tr> </tbody> </table>	34 meses	51 meses	68 meses				3.15%	5.36%	7.89%
34 meses	51 meses	68 meses										
3.15%	5.36%	7.89%										
<p>Nombre del Asegurado: _____</p> <p style="text-align: center;">Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)</p>			<p>Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción).</p>									
<p>Firma: _____</p>												

trabajador, el formato debe ser descargado ingresando a la siguiente página:

<https://www.aefcm.gob.mx/gbm/administrativos/archivos/formato-de-potenciacion-svi-2023-actualizado.pdf>

2. Talón de pago de la segunda quincena del mes de agosto 2023/16 (si cuenta con más de 2 plazas, seleccionar la que tiene mayor número de horas).

Es importante mencionar que, para todos los trabajadores que deseen realizar el alta de la potenciación del Seguro de Vida Institucional, los porcentajes son los establecidos por la SHCP, los cuales se dan a conocer a continuación:





Nivel de potenciación elegido por el servidor público, expresado en número de meses de la percepción ordinaria bruta mensual (conceptos 06 y 07) y si es el caso, los que correspondan a Carrera Magisterial.	34 Meses	51 Meses	68 Meses
Prima que cubrirá el servidor público, expresada en porcentaje de la percepción ordinaria bruta mensual (concepto 50).	3.15%	5.36%	7.89%

El Formato de Potenciación Seguro de Vida Institucional deberá ser entregado en el Área de Servicios Interinstitucionales, ubicado en Isabel La Católica N° 165, torre B, primer piso, Col. Centro, C.P. 06080, Alcaldía Cuauhtémoc, de lunes a viernes en un horario de 10:00 a 15:00 horas, del **02 al 13 de octubre del presente año**.

- Es importante mencionar que el descuento se verá reflejado en el Comprobante de Pago con el concepto 50 "SEGURO INSTITUCIONAL" a partir de la quincena 22 del 2023 (**22/2023**).

La cancelación del concepto 50 o la modificación del porcentaje a potenciar se podrá solicitar en cualquier momento a través de la Ventanilla dependiente del Departamento de Servicios Interinstitucionales, llenando la segunda sección del formato de Potenciación Seguro de Vida Institucional (**supuesto 2**).

SUPUESTO 2	PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE DESEAN CANCELAR LA POTENCIACIÓN; EN ESTE CASO YA NO SE APLICARÁ NINGÚN DESCUENTO NOMINAL POR EL CONCEPTO 50. DE ACUERDO A LAS FECHAS DEL CALENDARIO DE PAGO.
<p>HAGO CONSTAR QUE SOLICITO LA CANCELACIÓN DE LA <u>POTENCIACIÓN DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL</u> (CONCEPTO 50)</p> <p>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.</p> <p>Nombre del Asegurado: _____</p> <p style="text-align: center;">Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)</p> <p>Firma: _____</p>	

Se informa que, se llevará a cabo la campaña de actualización de beneficiarios del Seguro de Vida Institucional del **1° al 29 de septiembre** del presente año.

No obstante lo anterior, se hace de su conocimiento que la asignación o actualización de beneficiarios se puede realizar en cualquier momento, mediante una cita que se debe programar en el número de conmutador 5536017100 Ext: 49503, 49504, 49505, 49506, 49507, 49508, 49509, 49510, 49511 y 49512.

Los requisitos para realizar la actualización o asignación de los beneficiarios del Seguro de Vida Institucional son los siguientes:





1. Formato de Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida Institucional, debidamente requisitado y con firma autógrafa del trabajador, el formato debe ser descargado ingresando a la siguiente página:

<https://www.aefcm.gob.mx/gbmx/administrativos/archivos/formato-designacion-beneficiarios-SVI-2023.pdf>

FORMATO PARA QUE EL ASEGURADO DESIGNE A SUS BENEFICIARIOS EN EL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL					
			REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE CON HOMOCALVE CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION		
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE LA AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MEXICO, OTORGA COMO PRESTACION A LOS SERVIDORES PÚBLICOS					
CONTRATANTE					
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MEXICO					
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR					
NOMBRE DEL ASEGURADO			SUMA ASEGURADA EN MESES		
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES (S)			SUMA ASEGURADA BÁSICA 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA BRUTA <small>(En caso de contar algún incremento de sueldo proporcional (1.4 x 1.1) el monto total de sueldo bruto de suma asegurada total será entonces la suma de 60 meses más la quincena correspondiente)</small>		
<small>BENEFICIARIO (S) Es un designación de beneficiario podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llevar un nuevo formato, salvo que éste sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir con su pluma y letra en el cuerpo del formato la siguiente frase: "El presente formato de designación de beneficiarios sea irrevocable y estar consciente que no podrá cambiar sin mi consentimiento." Y firmar junto a la leyenda.</small>			FECHA DE INGRESO A LA AEFM		
			DIA MES AÑO		
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	
BENEFICIARIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE, TOTAL O EN ALIBREZ					
EXPRESAMENTE OTORGÓ A LA AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MEXICO, DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS PARA EL SEGURO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SERVIDORES PÚBLICOS,			(ENCUENTRE 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 DEL TESTIGO 1			NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2		
Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: Ciudad de México a de de					
<small>*ESTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN RECURSOS HUMANOS Y DEJARA SIN EFECTOS A LAS QUE SE HAYAN FIRMADO Y ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.</small>					

2. Talón de pago de la segunda quincena del mes de agosto 2023/16 (si cuenta con más de 2 plazas, seleccionar la que tiene mayor número de horas).

El formato de Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida Institucional deberá ser entregado en el Área de Servicios Interinstitucionales, ubicado en Isabel La Católica No. 165, torre B, primer piso, Col. Centro, C.P. 06080, Alcaldía Cuauhtémoc, de lunes a viernes en un horario de 10:00 a 15:00 horas, del **02 al 13 de octubre del presente año.**

A T E N T A M E N T E

**DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE LA
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MEXICO**

