



Ciudad de México, a 01 de septiembre de 2025

COMUNICADO

**AL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO EN CENTROS DE TRABAJO SUSTANTIVOS
ADSCRITOS A LA AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO**

En cumplimiento a las condiciones establecidas por la **Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)**, con relación a la contratación consolidada plurianual del Seguro de Vida Institucional, se informa que se llevará a cabo:

La **"Segunda Campaña de Potenciación del Seguro de Vida Institucional 2025"**, para la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México que comprenderá **del 15 de septiembre al 10 de octubre del presente año**.

Los requisitos para solicitar Alta o Modificación de Potenciación serán los siguientes:

- El trabajador deberá requisitar el Formato de Potenciación, el cual podrá descargarlo ingresando en la página:

www.aefcm.gob.mx/gbm/administrativos/archivos-2025/FORMATO-POTENCIACION-SVI-2025.pdf

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: Acepto los términos y condiciones que se 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. 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. <table border="1"><caption>POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO Y EN PORCENTAJE DE DESCUENTO</caption><thead><tr><th>34 meses</th><th>51 meses</th><th>68 meses</th></tr></thead><tbody><tr><td>3.15%</td><td>5.36%</td><td>7.89%</td></tr></tbody></table> Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción)		34 meses	51 meses	68 meses	3.15%	5.36%	7.89%
34 meses	51 meses	68 meses					
3.15%	5.36%	7.89%					
Nombre del Asegurado: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Firma: _____							

- Talón de pago de la primera quincena del mes de septiembre 2025 (si cuenta con más de 2 plazas, entregar la que tiene mayor número de horas).



Los porcentajes de la potenciación del Seguro de Vida Institucional, para todos los trabajadores que deseen realizar el alta, son los establecidos por la (SHCP), de acuerdo con lo siguiente:

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%

Los Formatos de Potenciación del Seguro de Vida Institucional, deberán ser entregados durante el periodo de vigencia de la campaña, en la ventanilla del Departamento de Servicios Interinstitucionales, ubicada en **Isabel La Católica 165, Torre B, Primer Piso, Col. Centro, C.P. 06080, Alcaldía Cuauhtémoc, en un horario de 09:00 a 16:00 horas.**

Es importante mencionar que el descuento de la potenciación se verá reflejado en el comprobante de pago con el concepto **50 "SEGURO INSTITUCIONAL", a partir de la quincena 22 de 2025.**

La cancelación del concepto 50, se podrá solicitar en cualquier momento a través de la ventanilla del Departamento de Servicios Interinstitucionales, llenando la segunda sección del formato de potenciación del Seguro de Vida Institucional (supuesto 2), con la siguiente documentación:

- Talón de pago de la quincena del mes corriente de 2025 (si cuenta con más de 2 plazas, entregar el que tiene mayor número de horas).

www.aefcm.gob.mx/gbm/administrativos/archivos-2025/FORMATO-POTENCIACION-SVI-2025.pdf

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.
HAGO CONSTAR QUE SOLICITO LA CANCELACIÓN DE LA <u>POTENCIACIÓN DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL</u> (CONCEPTO 50) 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: _____	



Finalmente se informa que **la designación o actualización de beneficiarios del Seguro de Vida Institucional** puede realizarse en cualquier momento, entregando el formato en su Unidad Administrativa correspondiente mismo que podrá descargarse en la siguiente página:

www.aefcm.gob.mx/gbm/administrativos/archivos-2025/FORMATO-DESIGNACION-BENEFICIARIOS-SVI-2025.pdf

Estos trámites también pueden ser ingresados en el Departamento de Servicios Interinstitucionales, ubicado en **Isabel La Católica 165, torre B, primer piso, Col. Centro, C.P. 06080, Alcaldía Cuauhtémoc, con un horario de 09:00 a 16:00 horas, sin necesidad de programar una cita.**

ATENTAMENTE

Dirección General de Administración
de la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México