

Ciudad de México, a 27 de febrero de 2024

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 **“Primera Campaña de Potenciación del Seguro de Vida Institucional 2024”**, para la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México que comprenderá **del 11 de marzo al 19 de abril 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:

<https://www.aefcm.gob.mx/gbmx/administrativos/archivos-2024/FORMATO-POTENCIACION-SVI-2024.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/ex002 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"><thead><tr><th colspan="3">POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO Y EN PORCENTAJE DE DESCUENTO</th></tr><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>		POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO Y EN PORCENTAJE DE DESCUENTO			34 meses	51 meses	68 meses	3.15%	5.36%	7.89%
POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO Y EN PORCENTAJE DE DESCUENTO										
34 meses	51 meses	68 meses								
3.15%	5.36%	7.89%								
Nombre del Asegurado: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)										
Firma: _____										
Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción).										

- Talón de pago correspondiente a la segunda quincena del mes de febrero 2024 (si cuenta con más de 2 plazas, entregar el 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, ubicado en Isabel La Católica N° 165, Torre B, Primer Piso, Col. Centro, C.P. 06080, Alcaldía Cuauhtémoc, en un horario de 10:00 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 **10 de 2024**.

Para **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 2024 (si cuenta con más de 2 plazas, entregar el que tiene mayor número de horas).

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 POTENCIACIÓN DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL (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="margin-left: 100px;">Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)</p> <p>Firma: _____</p>	

Finalmente se informa que, **la designación o actualización de beneficiarios del Seguro de Vida Institucional**, puede realizarse en cualquier momento, entregando el formato debidamente requisitado, el cual puede ser descargado ingresando en la siguiente página:

<https://www.aefcm.gob.mx/gbm/administrativos/archivos-2024/FORMATO-DESIGNACION-BENEFICIARIOS-SVI-2024.pdf>

FORMATO PARA QUE EL ASEGURADO DESIGNE A SUS BENEFICIARIOS EN EL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

	
ORGANIZACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE LA AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO, OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SEGUROS PÚBLICOS	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON NOMBRAMIENTO CLASE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION
CONTRATANTE AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO	
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR	
NOMBRE DEL ASEGURADO	
SUMA ASEGURADA EN DÍGITOS SUMA ASEGURADA EN PALABRAS: 40 MESES DE LA PREVIDENCIA OBLIGATORIA DE VIDA	
En caso de existir algún incremento de suma asegurada (de 10 a 15 años antes de cumplir 60 años), la suma asegurada total será máxima de hasta de 60 meses más la suma anterior.	
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)	FECHA DE INGRESO A LA AEFM
IDENTIFICAR SI EN CASO DE DECESO DE BENEFICIARIO PODRÁ MODIFICAR SU CATEGORÍA ANTES DE SU CUMPLIMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA, salvo que declare que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular de dicho beneficio como su padre y/o hijo en el momento del fallecimiento del beneficiario, podrá designar como beneficiarios a sus familiares y otros miembros que no pueden incluirse con estas categorías, y de ser posible a su esposa.	
FECHA DE INGRESO A LA AEFM DÍA 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	
BENEFICIO ADICIONAL CONTRATADO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ	
REPRESENTANTE LEGAL DE LA AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO ASESORADO POR LA SECRETARÍA DE ECONOMÍA ASESORADO POR LA SECRETARÍA DE JUSTICIA Y FERIA JUSTICIA Y FERIA ASESORADO POR LA SECRETARÍA DE ECONOMÍA	ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR
FIRMA DEL ASEGURADO	HUELLA DEL POLSAR DENEGADO
TESTIGO ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y NO HA 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	
PARA INFORMACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA PAGADA Y ENTREGADA EN RECURSOS HUMANOS Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS Y DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	
DISPENSACION: No se requiere el consentimiento del asegurado si el asegurado es menor de edad, o si el asegurado es un menor o un representante de un menor, para efectos de que, en su representación, otorga el consentimiento. La misma persona que legalmente actúa en nombre de la AEFM en que actúa (Seguros de Vida, Ahorro, Representación de Beneficios y otros seguros de vida) y en representación del titular de seguro como el representante autorizado para la designación.	
La designación que se otorga en un menor de edad como representante de un menor beneficiario, dentro de la misma de edad de vida, no otorga facultades para que el menor beneficiario del seguro de vida, otorgue su consentimiento, sino que el beneficiario, puede designar como beneficiarios a sus familiares y otros miembros que no pueden incluirse con estas categorías, y de ser posible a su esposa.	

Estos trámites también pueden ser ingresados en la ventanilla del Departamento de Servicios Interinstitucionales, ubicado en Isabel La Católica N° 165, Torre B, primer piso, Col. Centro, C.P. 06080, Alcaldía Cuauhtémoc, con un horario de 10:00 a 16:00, horas sin necesidad de programar una cita.

ATENTAMENTE

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

