

REGISTRO DE ALTAS, BAJAS Y/O MODIFICACIONES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS
MAYORES
510-DGAC/DPSP.84-1
9-ENE-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

NOMBRE

REGISTRO DE ALTAS, BAJAS O MODIFICACIONES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

OBJETIVO

Realizar los trámites necesarios para el registro del personal de enlace, mandos medios y superiores de las Unidades Administrativas del Nivel Central y Delegaciones Federales de la SEMARNAT, así como sus dependientes económicos ante la Aseguradora, requisitando para tal propósito el formato denominado "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores" o el formato de "Modificaciones en el Seguro de Gastos Médicos Mayores".

PROCESO

SERVICIOS AL PERSONAL



DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

DEFINICIONES:

Áreas Administrativas.- Se hace referencia a las Coordinaciones Administrativas o Enlaces Administrativos (para oficinas centrales), Subdelegación de Administración e Innovación (SAI) para Delegaciones Federales.

Aseguradora.- Institución de Seguros (actualmente Metlife México).

Dependencia.- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

ACRÓNIMOS:

DGDHO.- Dirección General de Desarrollo Humano y Organización.

DPSP.- Dirección de Prestaciones y Servicios al Personal.

SEMARNAT.- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

SCGMM.- Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores.

TESOFE.- Tesorería de la Federación.

SN.- Subdirección de Nómina

DPB.- Dirección de Presupuesto y Banca



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- La Dirección General de Desarrollo Humano y Organización, a través de la Dirección General Adjunta de Compensaciones es la responsable de implantar los lineamientos a que deberán de sujetarse las Áreas Administrativas de la Dependencia, para el registro, integración y control de la documentación relacionada con el seguro de gastos médicos mayores (SCGMM).
- La Subdirección de Servicios es la encargada de dar a conocer a las Áreas Administrativas de la SEMARNAT los lineamientos del Seguro de Gastos Médicos Mayores a efecto de que estén en condiciones de asesorar al personal de nivel de enlace, mandos medios y superiores.
- Las Áreas Administrativas de la SEMARNAT deberán proporcionar los formatos respectivos a los servidores públicos adscritos dentro de su ámbito de competencia; Asimismo, dará la asesoría necesaria para el llenado de los mismos y para hacer uso del servicio que otorga el SCGMM.
- Para obtener los beneficios del SCGMM, el personal de enlace, mandos medios y superiores deberán requisitar el formato denominado "Consentimiento para ser Asegurado y Autorización del Descuento del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores" (anexo 1); en el caso de modificación en el SCGMM, el formato (anexo 2), asimismo al causar baja de la Dependencia, los responsables de las Áreas Administrativas en Oficinas Centrales y Delegaciones Federales de la Secretaría deberán enviar el oficio de aviso de baja del SCGMM durante los primeros 10 días hábiles posteriores.
- Los titulares del certificado del SCGMM, son los responsables únicos de dar aviso de las modificaciones de su situación personal, como son: dar de alta y excluir a los hijos, cónyuge y



ascendientes, además de potenciar o cancelar la póliza del seguro, y de aportar la documentación soporte que se requiera en cada caso.

- Los responsables de las Áreas Administrativas en Oficinas Centrales y Delegaciones Federales de la Secretaría, deberán de apegarse al calendario que establezca la Aseguradora y remitir a la Subdirección de Servicios el oficio de solicitud de registro, adjuntando el formato correspondiente.
- La Aseguradora es la unidad encargada de establecer los lineamientos a los que tendrán que apegarse los servidores públicos en el SCGMM, mediante la entrega de las Condiciones Generales y la Guía de Reclamaciones del Seguro.
- De acuerdo a las Condiciones Generales emitidas por la Aseguradora, los titulares del SCGMM gestionarán ante dicha Institución de Seguros las intervenciones quirúrgicas y/o solicitud de pago de reembolso que haya generado este seguro.

INDICADORES

Nombre del Indicador.- Seguro de Gastos Médicos Mayores

Responsable de obtenerlo.- Departamento de Administración y Servicios de Apoyo

Periodicidad.- Trimestral

Unidad de Medición.- (Número de certificados / Número de solicitudes procedentes del Seguro de Gastos Médicos Mayores recibidas) x 100%



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
Subdirección de Servicios Departamento de Administración y Servicios de Apoyo	1	Recibe de las Áreas Administrativas de la SEMARNAT oficios y los siguientes formatos: ⇒ "Consentimiento para ser Asegurado y Autorización del Descuento del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores" (anexo 1) en original y dos copias. ⇒ "Modificaciones en el Seguro de Gastos Médicos Mayores" (anexo 2) en original y copia. ⇒ "Aviso de baja" (anexo 3) en original y copia.
	2	Gira instrucciones necesarias al Departamento de Administración y Servicios de Apoyo, entregando la documentación correspondiente para su atención.
	3	Recibe y verifica que la información contenida en los formatos cumplan con los requisitos establecidos en el instructivo emitido por la Aseguradora.
	4	Determina si la documentación revisada a las Áreas Administrativas de la SEMARNAT cumple con los requisitos establecidos por la Aseguradora. <i>NO CUMPLE REQUISITOS</i>
	5	Señala en los formatos las modificaciones a efectuar y expide en original y copia el oficio de envío de dichos documentos al Área Administrativa involucrada para que realice las correcciones que correspondan o requiriendo la información complementaria faltante.
	6	Obtiene la firma de autorización del Subdirector de Servicios en el oficio y procede a distribuirlo:



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
		<p>⇒ Original.- Área Administrativa, anexando formatos (anexos 1, 2 ó 3) respectivo para su modificación.</p> <p>⇒ Copia.- Acuse de recibido para archivo y control de la Subdirección de Servicios.</p> <p>Continúa en la actividad No.1 de este procedimiento.</p> <p><i>SI CUMPLE REQUISITOS</i></p>
	7	<p>Elabora en original y copia oficio dirigido a la Aseguradora, solicitando el registro al Seguro de Gastos Médicos Mayores de los servidores públicos de la SEMARNAT adscritos a las Áreas Administrativas solicitantes, con nivel de enlace, mandos medios y superiores.</p>
	8	<p>Procede a recabar la firma de autorización del Subdirector de Servicios del oficio elaborado y lo distribuye de la siguiente manera:</p> <p>⇒ Original.- Aseguradora, adjuntando en original "Consentimiento para ser Asegurado y Autorización del Descuento del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores", "Modificaciones" o "Aviso de Baja" en original, según sea el caso para su seguimiento.</p> <p>⇒ Copia.- Acuse de recibido en las copias de los formatos para archivo y control de la Subdirección de Servicios.</p>
	9	<p>Expide oficio para enviar, el acuse de recibido de la Aseguradora en la copia del formato "Consentimiento para ser Asegurado y Autorización del Descuento del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores".</p>
	10	<p>Obtiene la firma de autorización del Subdirector de Servicios del oficio emitido y procede a su distribución como sigue:</p> <p>⇒ Original.- Área Administrativa, anexando formato (anexo 10) correspondiente para su conocimiento.</p> <p>⇒ Copia.- Acuse de recibido para archivo y control de la Subdirección de Servicios.</p>



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
Subdirección de Servicios Departamento de Administración y Servicios de Apoyo	11	Actualiza con la información necesaria la Base de Datos.
	12	Emite en original y copia la "Relación de consentimientos para ser asegurados y autorización del descuento del seguro de gastos médicos mayores o modificación.
	13	Turna el original de la relación al Departamento de Control Documental de Archivo, adjuntado la copia al carbón del anexo 1 y original del formato de Modificaciones para su integración en el expediente de personal que corresponda y recaba en la copia de la misma el acuse de recibido para su archivo y control.
	14	Recibe de la Aseguradora mediante comunicados, certificados y credenciales de los funcionarios que quedaron registrados en el SCGMM, así como el informe de los que no quedaron inscritos, especificando el motivo principal.
	15	Turna al Departamento de Administración y Servicios de Apoyo para su verificación y entrega a las Áreas Administrativas involucradas.
	16	Recibe y compara los certificados y credenciales del SCGMM contra los movimientos solicitados del personal de enlace, mandos medios y superiores de la SEMARNAT inscritos en la póliza del SCGMM, determinado si existe congruencia o no de los movimientos solicitados. <i>NO EXISTE CONGRUENCIA</i>
	17	Informa al Subdirector de Servicios y elabora en original y copia oficio, solicitando la información faltante.
	18	Recaba la firma de autorización del Subdirector de Servicios en el oficio, procede a distribuirlo como a continuación se relaciona:



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
		<p>⇒ Original.- Aseguradora para las adecuaciones necesarias. ⇒ Copia.- Acuse de recibido para archivo y control de la Subdirección de Servicios. Continúa en la actividad No. 14.</p> <p><i>SI EXISTE CONGRUENCIA</i></p>
	19	Clasifica por Área Administrativa los certificados y credenciales del SCGMM.
	20	Elabora en original y copia oficio para envío de los certificados y credenciales del SCGMM, así como las relaciones del personal que no fue registrado en el SCGMM.
	21	Recaba la firma de autorización del Subdirector de Servicios en el oficio y turna a las Áreas Administrativas involucradas el original del oficio, anexando los certificados, credenciales y relaciones del personal que fue registrado del SCGMM y obtiene acuse de recibido en la copia del oficio para su control y archivo respectivo.
	22	Actualiza con la información pertinente la Base de Datos, asimismo realiza revisión del personal inscrito en el SCGMM para generar el "Reporte trimestral para el pago de primas" que se remite trimestralmente a la Aseguradora.
	23	Conserva en su carpeta de control los acuses de recibido obtenidos y documentación generada en el desarrollo de este procedimiento para cualquier consulta y/o aclaración posterior.
	24	Emite el "Reporte para el ajuste de pago de primas", y lo envía a la Aseguradora vía correo electrónico.



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
Subdirección de Servicios	25	Recibe de la Aseguradora el "Recibo" para el pago de primas e informa a la Dirección de Presupuesto y Banca para el pago a través del Sistema de Compensación de Adeudo de TESOFE.
	26	Elabora el reporte para descuento por nómina al personal que tiene inscritos a sus ascendientes o modificación de la suma básica (potenciación).
	27	Envía a la Subdirección de Nómina mediante correo electrónico el reporte para descuento vía nómina del personal que haya inscrito a ascendientes o potenciado con el fin de que se realicen los descuentos correspondientes a los servidores públicos involucrados.

TOTAL DE ACTIVIDADES:	27
PRODUCTO O SERVICIO:	Altas, bajas y modificaciones del Seguro de Gastos Médicos Mayores
PROCEDIMIENTO(S):	

[Handwritten signature and initials]



DIAGRAMA DE FLUJO

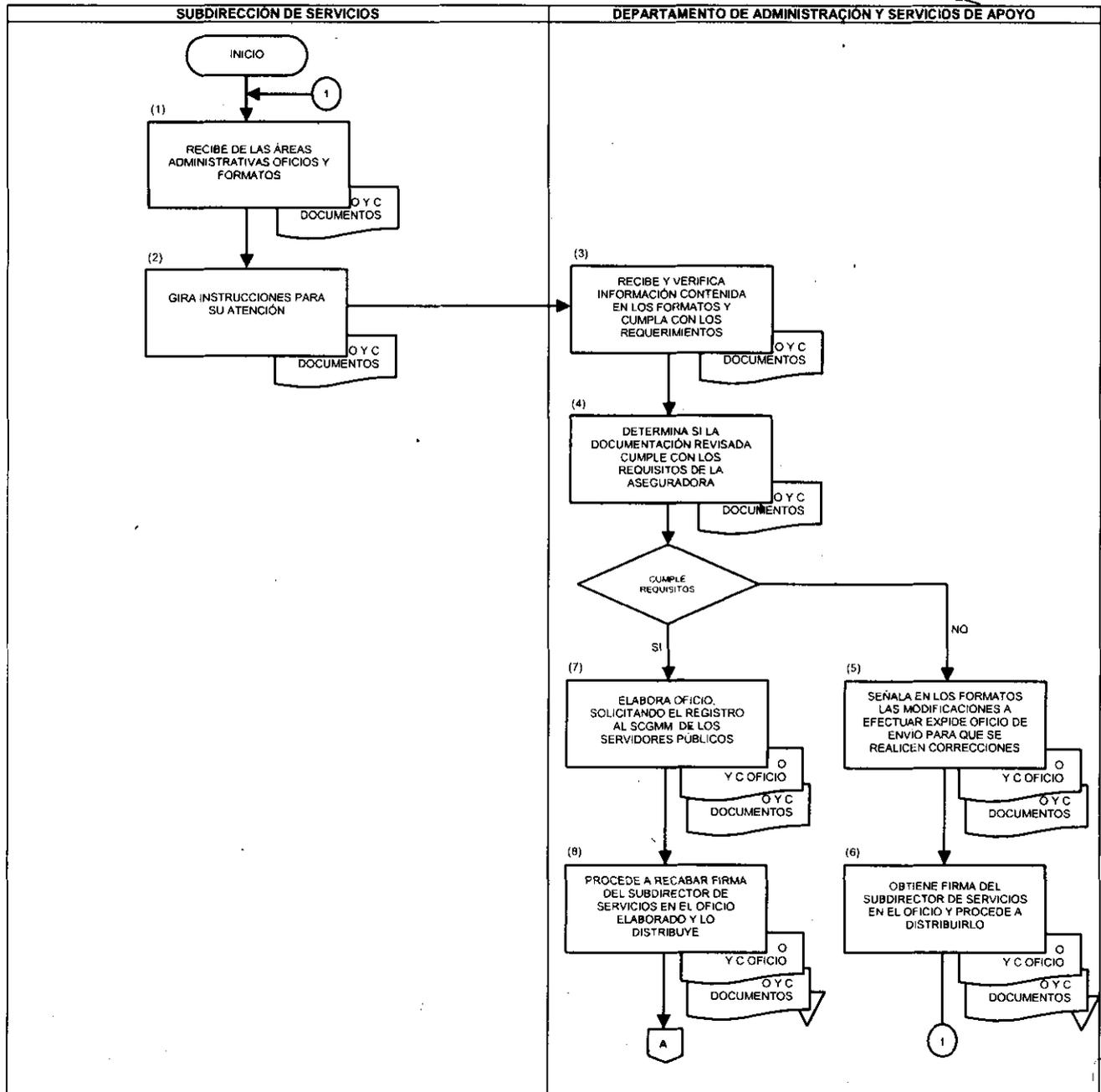




DIAGRAMA DE FLUJO

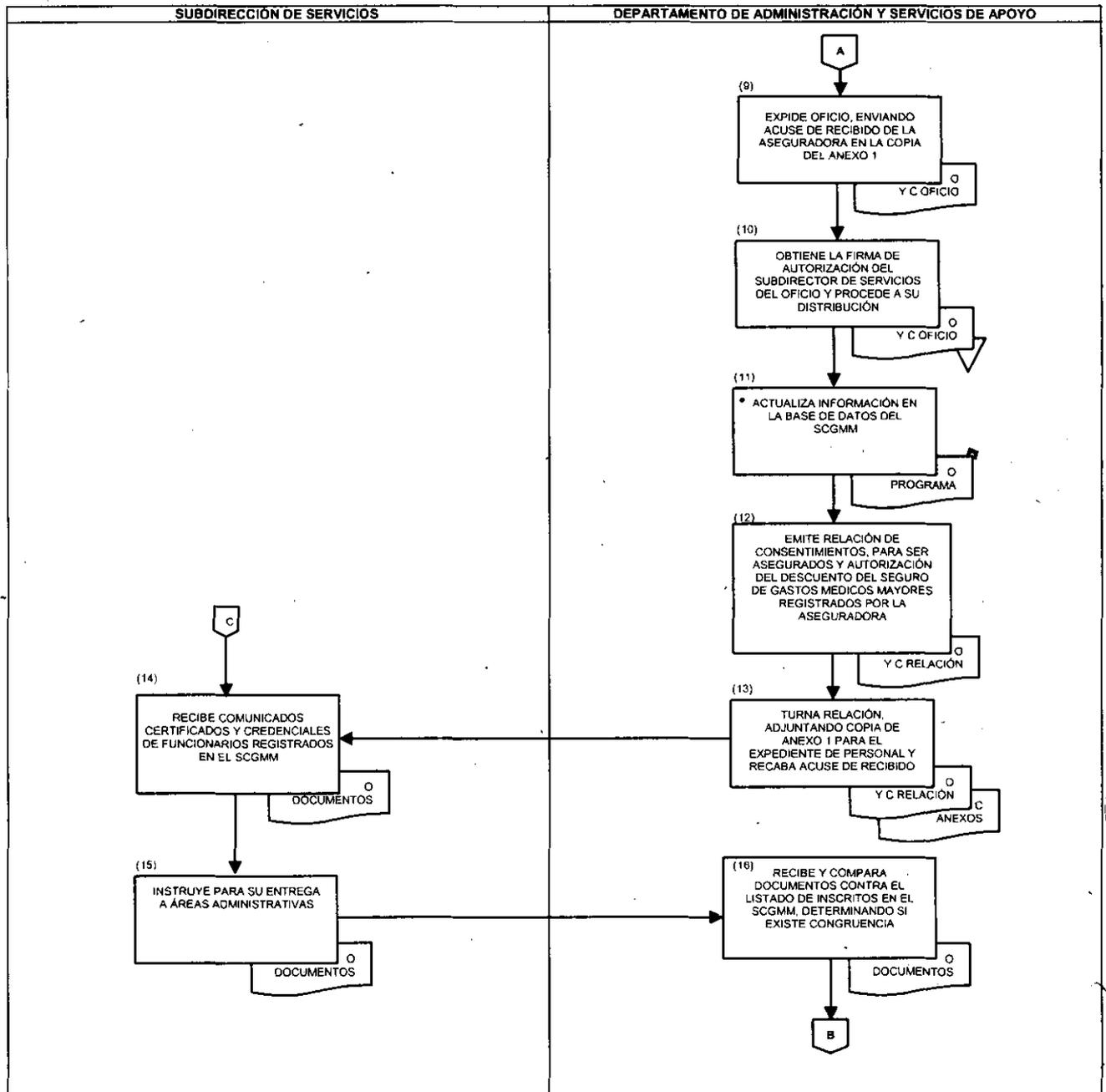




DIAGRAMA DE FLUJO

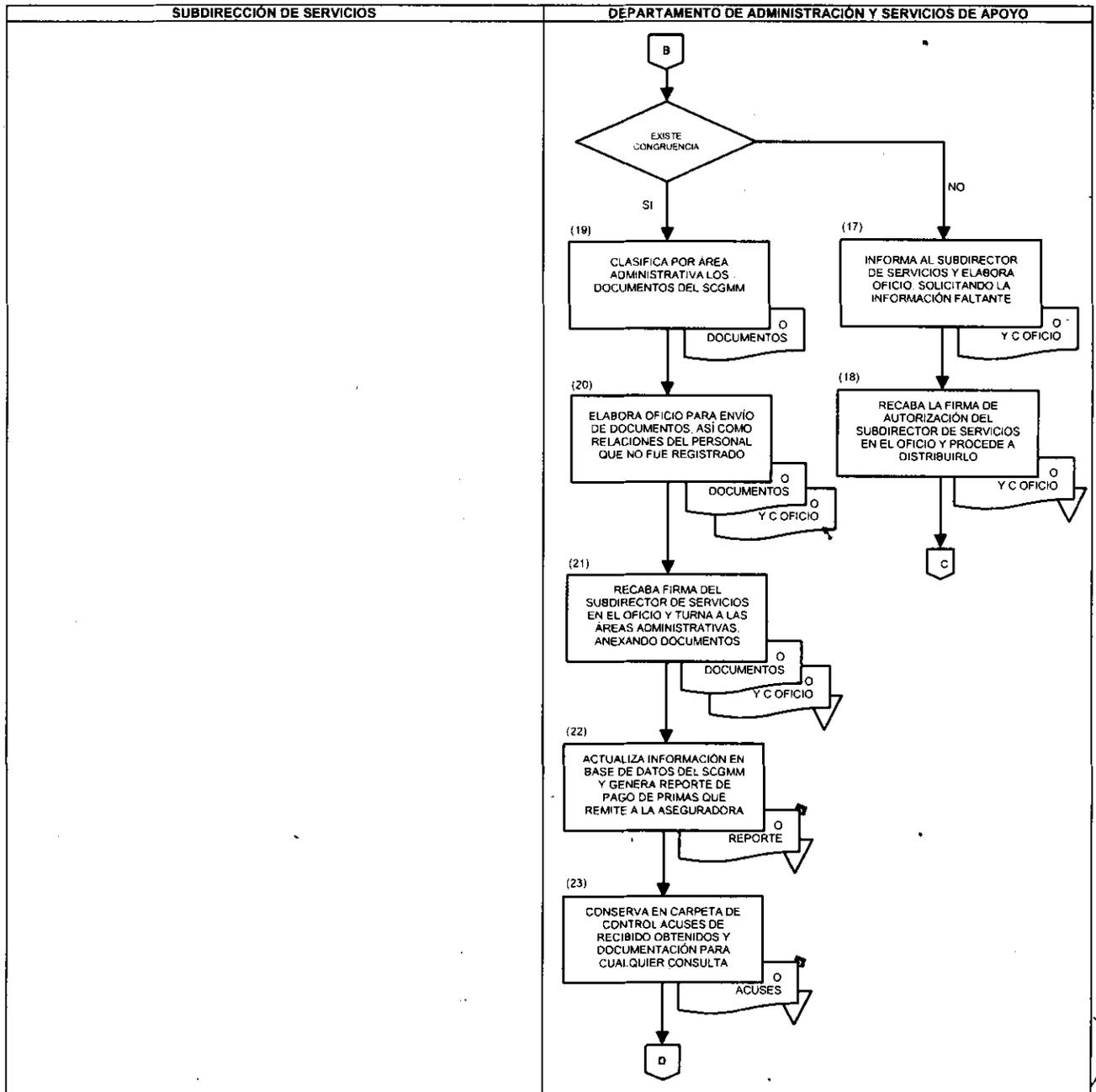
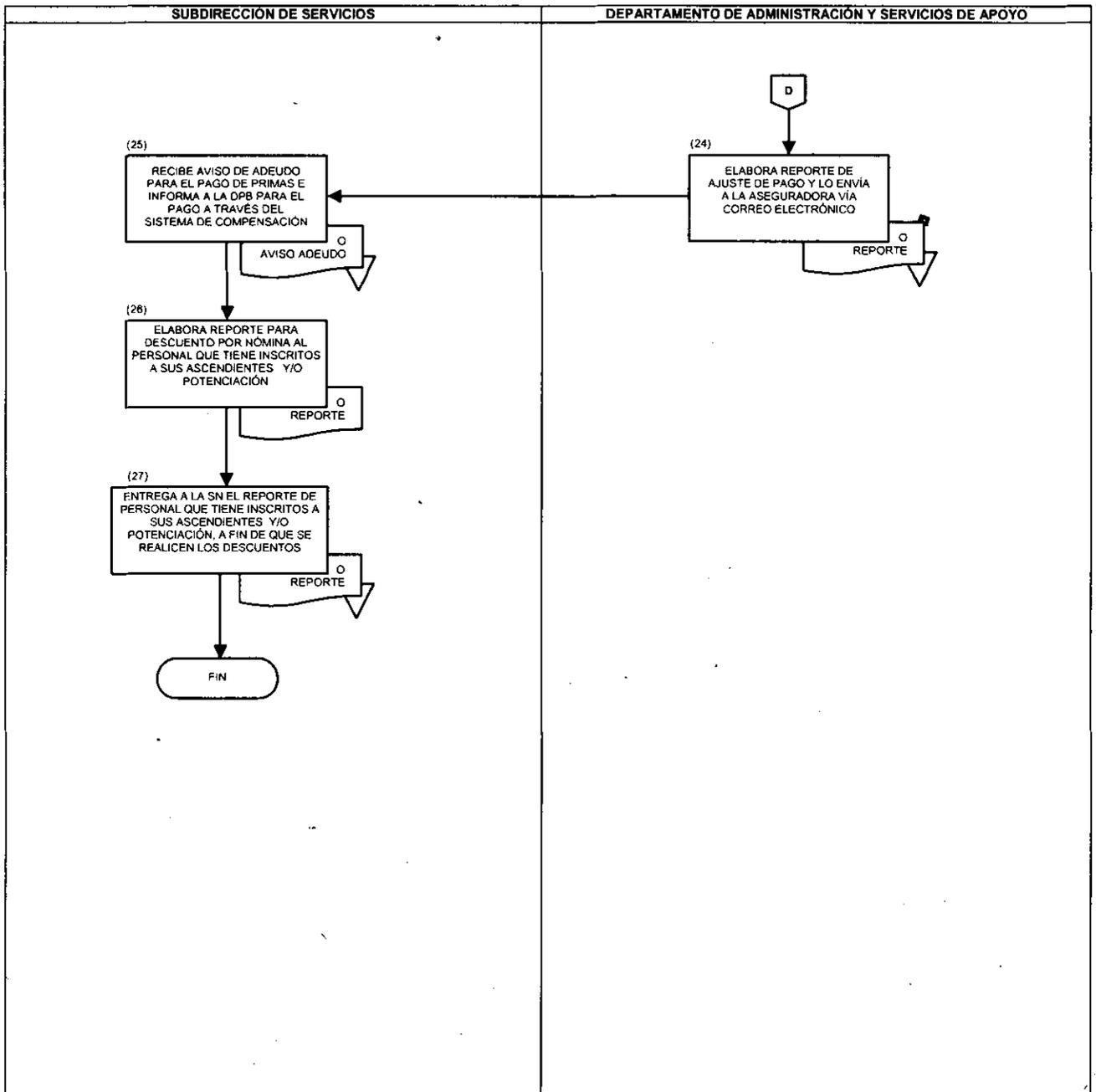




DIAGRAMA DE FLUJO



REGISTRO DE ALTAS, BAJAS Y/O MODIFICACIONES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS
MAYORES
510-DGAC/DPSP.84-1
9-ENE-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANEXO No. 1

NOMBRE: CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y AUTORIZACIÓN DEL DESCUENTO DEL

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
Póliza número	1	Número asignado por la Aseguradora a la Dependencia.
Nombre o razón social del contratante	2	Denominación oficial de la Secretaría.
R.F.C.	3	Registro Federal de Contribuyentes del funcionario, incluyendo homoclave, en caso de que la tuviera.
Nombre del asegurado	4	Nombre del funcionario, iniciando por su apellido paterno, materno y nombre(s).
Sexo	5	Señalar con una "X" el recuadro que corresponda, M para masculino y F para femenino.
Estado civil	6	Indicar con una "X" el recuadro que corresponda.
Fecha de nacimiento del asegurado	7	Día, mes y año de nacimiento del funcionario.
Domicilio del asegurado titular (calle, número)	8	Nombre de la calle y número exterior e interior del domicilio particular del funcionario.
Colonia	9	Nombre completo de la colonia del domicilio particular del funcionario.
Teléfono particular	10	Número telefónico del domicilio del funcionario.
Población, delegación o municipio	11	Población (ciudad), delegación o municipio en donde se encuentra ubicado el domicilio del funcionario.
Entidad federativa	12	Estado de la República Mexicana donde se encuentra ubicado el domicilio del funcionario
Código postal	13	Código postal del domicilio particular del funcionario.
Clave presupuestal	14	Número de la clave presupuestal que se encuentra en el talón de pago del funcionario.

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIÓN
Dirección General Adjunta de Compensaciones / Dirección de Prestaciones y Servicios al Personal



INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANEXO No. 1

NOMBRE: CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y AUTORIZACIÓN DEL DESCUENTO DEL

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
No. de empleado	15	Número asignado al empleado conforme a su clave presupuestal que aparece en el talón de pago.
Nivel de puesto	16	Nivel del puesto asignado al funcionario, de acuerdo al catálogo general de puestos vigente.
Fecha de ingreso al nivel	17	Día, mes y año en que inició sus labores el funcionario dentro de la Secretaría.
Unidad de adscripción	18	Código asignado en la clave presupuestal que corresponde a la función.
Dependencia u organismo de adscripción	19	Nombre de la unidad administrativa a la que está adscrito el funcionario.
Reconocimiento de antigüedad	20	Indicar con una "x" si el funcionario desea que la Aseguradora le otorgue el reconocimiento de antigüedad.
Incremento de suma asegurada	21	Señalar con una "x" el recuadro correspondiente.
Nombre del dependiente económico	22	Nombre completo del dependiente económico y del funcionario, iniciando con su apellido paterno, materno y nombre(s).
Fecha de nacimiento del dependiente económico	23	Día, mes y año de nacimiento del dependiente económico.
Sexo del dependiente económico	24	Indicar con una "X" en el recuadro que corresponda, M para masculino y F para femenino.
Parentesco con el asegurado titular	25	Nombre del parentesco que tiene el asegurado en relación con el dependiente económico (esposa, hijos, etc.).
Conducto de pago de prima	26	Indicar con una "X" el recuadro correspondiente. Nota: En caso de seleccionar el pago de prima a través de tarjeta de crédito, se deberá requisitar el formato "Solicitud de cargo automático de primas de tarjeta de crédito". Dicho pago será anual, anticipado y en una sola exhibición.

REGISTRO DE ALTAS, BAJAS Y/O MODIFICACIONES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS
MAYORES
510-DGAC/DPSP.84-1
9-ENE-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANEXO No. 1

NOMBRE: CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y AUTORIZACIÓN DEL DESCUENTO DEL S.G.M.M.

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
Sello dependencia	27	Sello de la Unidad Administrativa facultada de la Secretaría.
Fecha	28	Día, mes y año en que se expide el documento.
Firma o huella digital del asegurado titular	29	Firma autógrafa del asegurado titular (en caso, de que el asegurado no sepa o no pueda firmar, pondrá su huella del pulgar derecho o en su defecto el pulgar izquierdo).
Sello Metlife México	30	Sello de la Unidad Administrativa facultada por la Aseguradora.



INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANEXO No. 2

NOMBRE: MODIFICACIONES EN EL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
México, D.F.	1	Día, mes y año en que se realiza la solicitud.
No. certificado	2	Número de certificado asignado por la Aseguradora al seguro de gastos médicos mayores.
Incorporación, cancelación o potenciación del seguro para mis dependientes	3	Indicar con una "x" la opción que desea tramitar el solicitante.
Paterno	4	Apellido paterno del dependiente.
Materno	5	Apellido materno del dependiente.
Nombre	6	El (los) nombre(s) del dependiente.
Fecha de nacimiento	7	Día, mes y año en que nació el dependiente.
Sexo	8	Letra que identifique el sexo del dependiente, según sea el caso.
Parentesco	9	Parentesco del dependiente con el del titular del seguro.
Incrementar suma asegurada y/o disminuir suma asegurada	10	Señalar con una "x" la opción que desea tramitar el titular.
Nivel	11	Nivel salarial del titular, de acuerdo al catálogo general de puestos vigente.
Forma de pago	12	Indicar con una "x" la opción que desea tramitar el titular.
Nombre y firma del interesado	13	Nombre completo y firma autógrafa del titular del seguro.

REGISTRO DE ALTAS, BAJAS Y/O MODIFICACIONES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS
MAYORES
510-DGAC/DPSP.84-1
9-ENE-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

ANEXO No. 3

NOMBRE: AVISO DE BAJA

MEXICO, D. F. a ____ de ____ 1 ____ de 2005

No. CERTIFICADO ____ 2 ____

METLIFE MEXICO S.A.
P R E S E N T E

CON LA RELACIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES,
AGRADECERÉ A USTEDES SE REALICEN LAS BAJAS DE LAS PERSONAS QUE SE
INDICAN A CONTINUACIÓN:

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	FECHA DE BAJA	R.F.C.	PARENTESCO
3	4	5	6	7	8

NIVEL ____ 9 ____

PARA LO ANTERIOR, ME PERMITO ANEXAR FOTOCOPIA LA CONSTANCIA DE
NOMBRAMIENTO.

ATENTAMENTE

10

NOMBRE Y FIRMA
RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIÓN
Dirección General Adjunta de Compensaciones / Dirección de Prestaciones y Servicios al Personal



INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANEXO No. 3

NOMBRE: AVISO DE BAJA

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
Fecha	1	Día, mes y año en que se realiza la solicitud.
No. certificado	2	Número de certificado asignado por la Aseguradora al seguro de gastos médicos mayores.
Paterno	3	Apellido paterno del dependiente.
Materno	4	Apellido materno del dependiente.
Nombre	5	El (los) nombre (s) del dependiente.
Fecha de baja	6	Día, mes y año en que causa baja.
R.F.C.	7	Registro Federal de Causantes con Homonimia.
Parentesco	8	Parentesco del dependiente con el del titular del seguro.
Nivel	9	Nivel salarial del titular.
Atentamente	10	Nombre completo y firma autógrafa del titular del seguro.



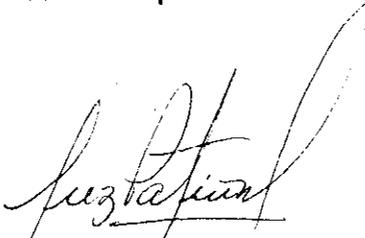
REGISTRO DE REVISIONES

NÚMERO DE REVISIÓN: 1
FECHA: México, D.F., a 21 de Enero de 2009.
DESCRIPCIÓN: Actualización de Procedimiento.

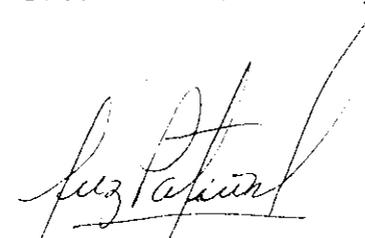
ELABORÓ

Firma: 
Nombre: Tzunun Mexiac Castilla
Cargo: Jefe de Departamento de Administración y Servicios de Apoyo

REVISÓ

Firma: 
Nombre: Luz del Carmen Patiño Vilchis
Cargo: Directora de Prestaciones y Servicios al Personal

APROBÓ

Firma: 
Nombre: Luz del Carmen Patiño Vilchis
Cargo: Directora de Prestaciones y Servicios al Personal