



Instituto Tecnológico de Tijuana

Por una juventud integrada al desarrollo de México®

Manual de llenado

FORMATOS_SVI_TECNM

1. “consentimiento para ser asegurado, elección de potenciación (incremento de suma asegurada) y autorización de descuento en nómina”. Pestaña 1.
2. “formato para que el asegurado designe a sus beneficiarios en el Seguro de Vida Institucional con beneficio adicional”. Pestaña 2.

27 ABRIL 2020

Paso 1

Descargar y abrir el archivo Excel adjunto en el correo electrónico recibido:

FORMATOS_SVI_TECNM.XLSX



FORMATOS_SVI_TECNM



FORMATO 1

ELECCION DE POTENCIACION (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACION PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES

El descuento de las cuotas del Seguro de Vida Institucional, se aplicará en la quincena 11 (1 al 15 de junio), con retroactividad a la quincena 07 (1 al 15 de abril), el cual se vera reflejado en el talón de pago como concepto 50, en apego a la autorización de la SHCP; es necesario hacer de su conocimiento que, conforme al nuevo contrato, las primas de potenciación (deducciones) son: 2.37% (34meses), 4.03% (51meses) y 5.93% (68meses).



<p>EDUCACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA</p> <p>TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO</p>	<p>SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL</p>	<p>REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE</p>
	<p>CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO, ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA</p>	<p>CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN</p>

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO

CONSIDERACIONES

EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y SE AUTORIZA EL CORRESPONDIENTE DESCUENTO EN NÓMINA.

ÚNICAMENTE SE DEBERÁ FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE INVALIDARÁ Y SE TENDRÁ QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO.

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2020, EN CASO DE HABER ELEGIDO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE ABRIL DE 2020).

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:

Autorizo a (Nombre de la Dependencia o Entidad) para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO		
34	51	68

Nombre del Asegurado: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Firma: _____

Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción).

SUPUESTO 2 PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN POTENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA); POR LO TANTO, EN ESTE CASO NO SE APLICARÁ NINGÚN DESCUENTO NOMINAL POR ESTE CONCEPTO.

Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la suma asegurada).

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: _____

Lugar y fecha: a de de

Escribir su RFC

***Este formato lo llenara solo el personal que desee Potenciar.**

Llenado formato 1
Si Deseo Potenciar

Al escribir su RFC, se llenará el campo de CURP de forma automática, verificar que sea correcto.

Escoger la potenciación 34, 51 o 68 con "X" (solo una)

Al seleccionar su potenciación, se llenará su nombre completo, verificar que sea correcto.

Para lugar y fecha escribir Tijuana B.C. a 27 de abril de 2020



Formato para que el asegurado designe a sus beneficiarios en el Seguro de Vida Institucional con beneficio adicional

EDUCACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA		NÚMERO DE EXPEDIENTE	
		REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE CON HOMOCLAVE	
		CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION	
		FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR	
CONTRATANTE			
<i>Nombre de la Dependencia o Entidad a la que pertenece el servidor público</i>			
NOMBRE DEL ASEGURADO		SUMA ASEGURADA EN MESES	
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES (S)		SUMA ASEGURADA BÁSICA: 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA BRUTA	
		En caso de contratar algún incremento de suma asegurada (34 ó 51 ó 68 meses más de sueldo bruto), la suma asegurada total será entonces la suma de 40 meses más la opción contratada	
*BENEFICIARIO (S) Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formato, salvo que desee que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mi deseo que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estoy consciente que no podre realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.		FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD	
		DÍA	MES
Llenar solo en caso de que se desee que la presente designacion de Beneficiarios sea irrevocable			
BENEFICIARIOS DESIGNADOS			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PARENTESCO
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ			
EXPRESAMENTE OTORGO A (NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD), MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN		ÚNICAMENTE 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: a de			
ESTA DESIGNACION DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN RECURSOS HUMANOS Y DEJARÁ SIN EFECTOS A LAS QUE SE HAYAN FIRMADO Y ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.			

Llenado de Formato 2

Una vez llenado el formato 1, ir a la pestaña de **Beneficiarios**, verificar que el RFC, CURP, nombre sean correctos.

Escribir la fecha de ingreso al Subsistema

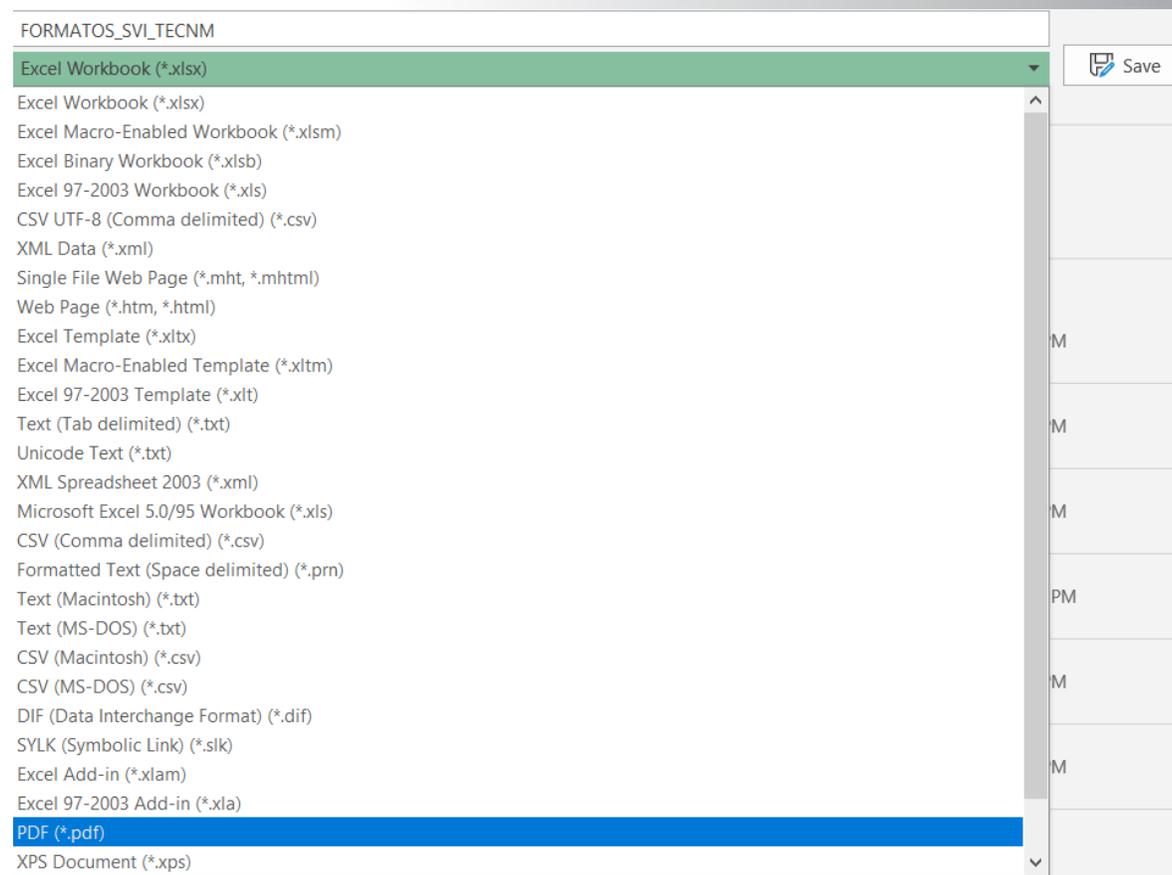
Escribir los datos de los beneficiarios que son: nombre completo, porcentaje y parentesco

Para lugar y fecha escribir Tijuana B.C. a 27 de abril de 2020

Paso 2

- Situarse en la pestaña **SVI Potenciación**
- Guardar Como **PDF (*.pdf)**
- El archivo PDF deberá nombrarlo con su RFC_01

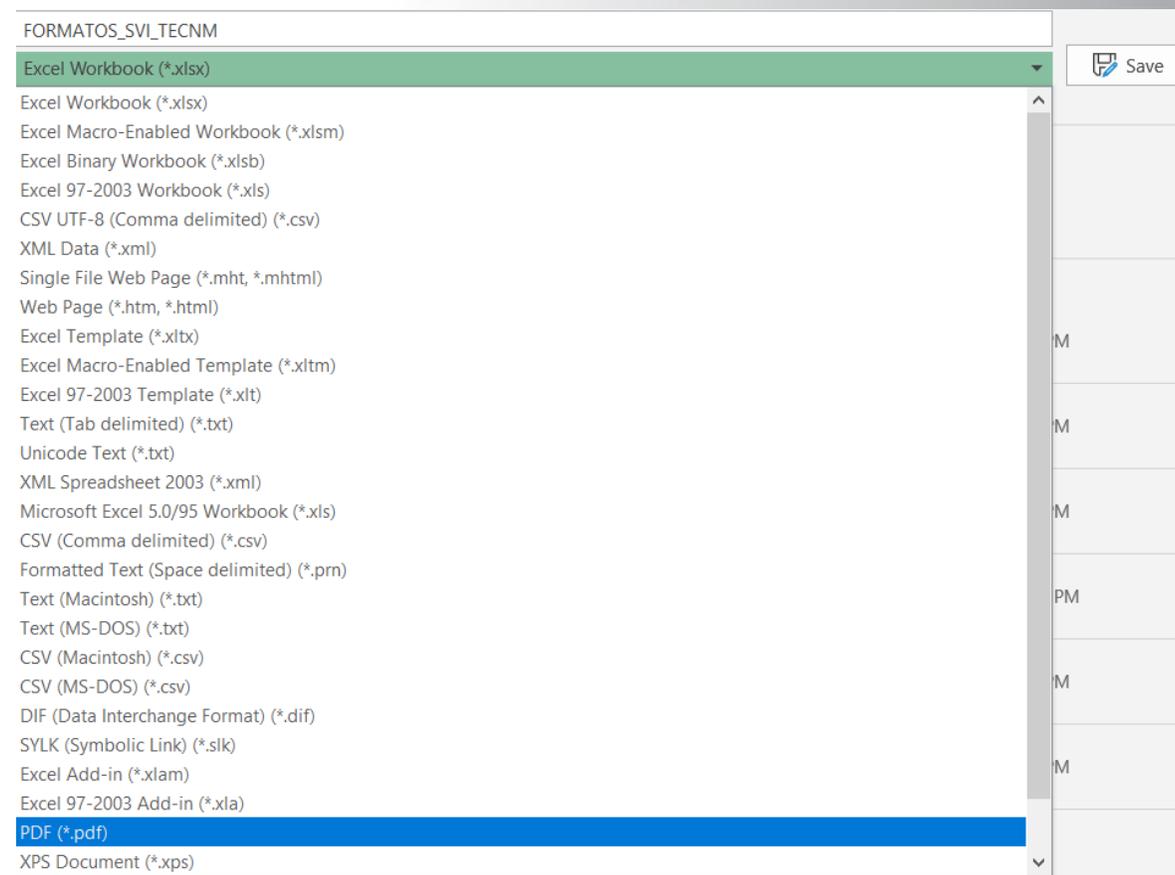
Ejemplo: AAJM871120BX4_01



Paso 3

- Situarse en la pestaña **Beneficiarios**
- Guardar Como **PDF (*.pdf)**
- El archivo PDF deberá nombrarlo con su RFC_02

Ejemplo: AAJM871120BX4_02



Paso 4

Abrimos cada archivo .pdf con Adobe Acrobat Reader DC ya sea desde la computadora, tableta o desde el teléfono celular (se encuentra en Android Playstore y en IOS Appstore).





1 Computadora, 2 Teléfono

1. Si usted desea firmar por medio de computadora, continuar con la siguiente diapositiva 10. (computadora)
2. Si usted desea firmar por medio de su teléfono celular o tableta, ir a la diapositiva 17. (tableta o celular)

Paso 5 (computadora)

En la parte superior ubicamos el botón de **firmar documento**, o en la parte izquierda ubicamos el botón **llenar y firmar**:

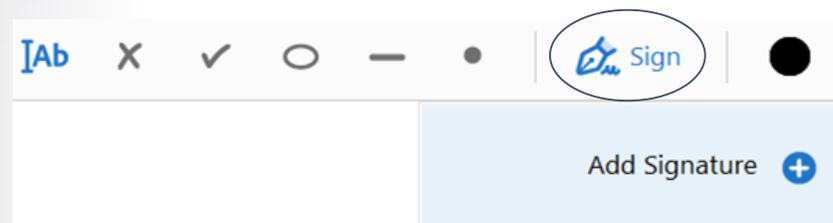
Firmar documento por escritura o dibujo de firma.



Fill & Sign

Paso 6 (computadora)

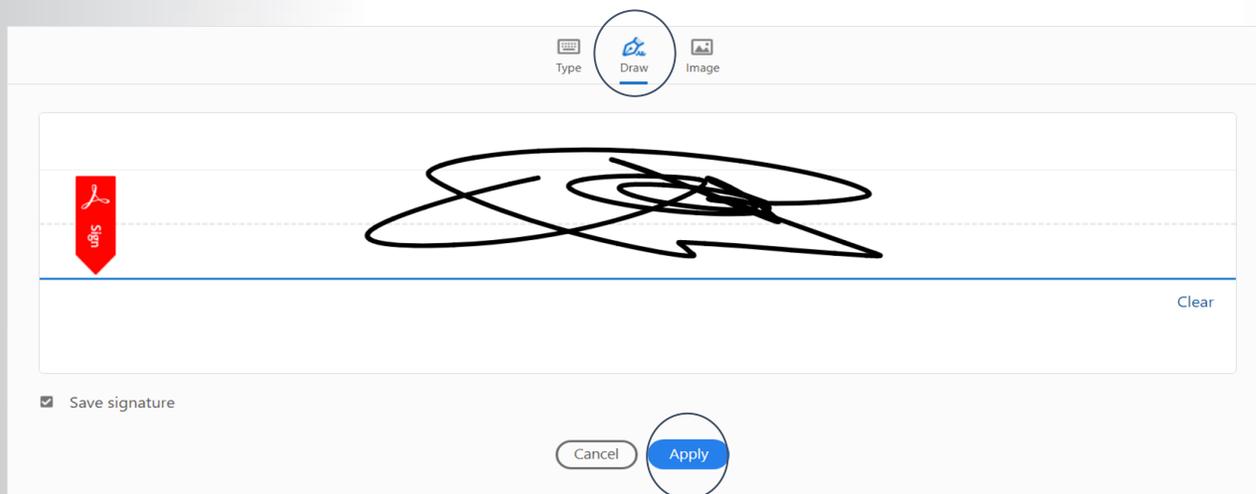
Se activará una barra de firma:



Seleccionar agregar firma

Paso 7 (computadora)

Se abrirá una ventana de firma, seleccionar **dibujar**:



Dibujar su firma y seleccionar **aplicar**.

Formato 1 supuesto 1
Si Deseo Potenciar

Paso 8 (computadora)

Mover su firma creada al área correspondiente, también puede cambiar su tamaño:

Nombre del Asegurado: _____		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Firma: 		

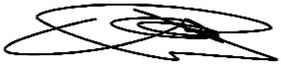
34	51	68

Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción).

Formato 1 supuesto 2
No Deseo Potenciar

Paso 9 (computadora)

Mover su firma creada al área correspondiente, también puede cambiar su tamaño:

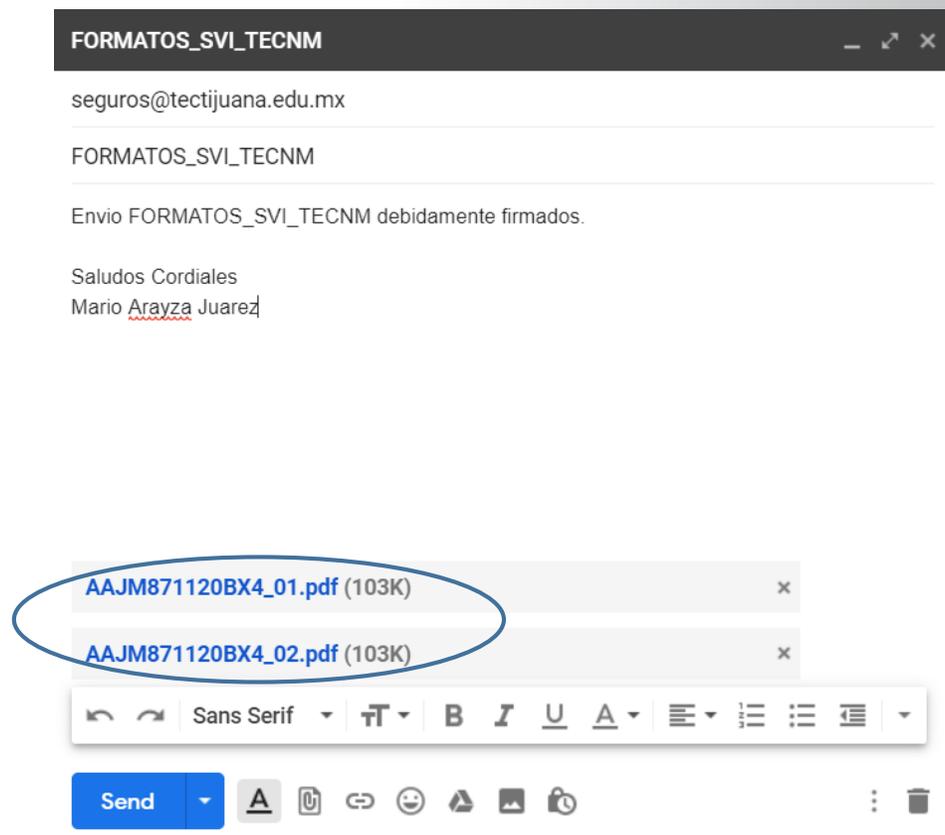
Nombre del Asegurado: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)
Firma: 
Lugar y fecha: a de de



Paso 11

Una vez firmado cada documento en su sección correspondiente, guardarlo y enviar el archivo a: seguros@tectijuana.edu.mx

NOTA: Debe abrir cada archivo .pdf, firmarlo y guardarlo.



Paso 5 (tableta o celular)

Abrimos la aplicación, iniciamos sesión ya sea con nuestra cuenta de Google, Facebook o Apple.

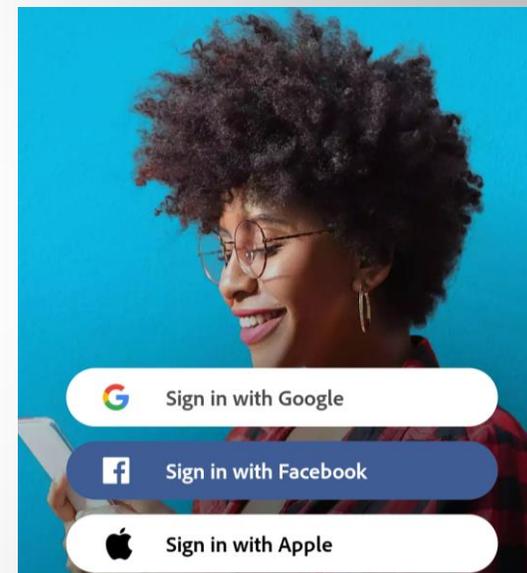


Adobe Acrobat
Reader: PDF
Viewer, Editor &
Creator

Adobe
In-app purchases

Uninstall

Open

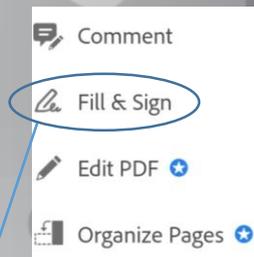
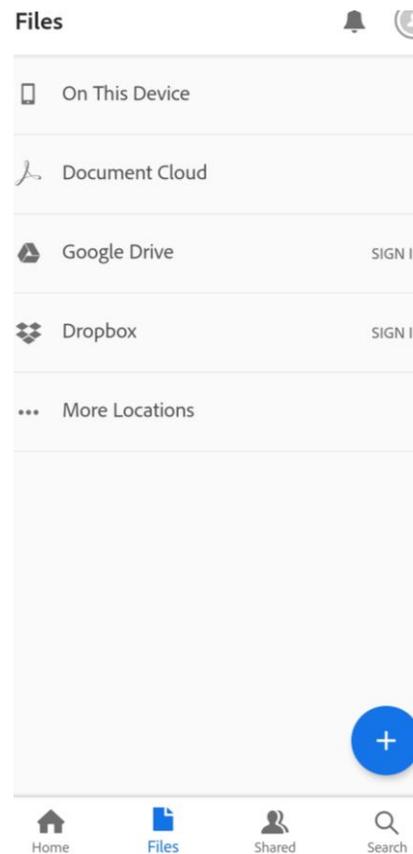


Paso 6,7 (tableta o celular)

-Una vez iniciada sesión nos mostrará la siguiente ventana.

-Buscamos nuestro formato previamente llenado y guardado en pdf.

-Presionamos el botón azul inferior en forma de lápiz.



Paso 8,9 (tableta o celular)

-En la parte inferior aparecerá una barra de firma, seleccionamos la ultima opción.

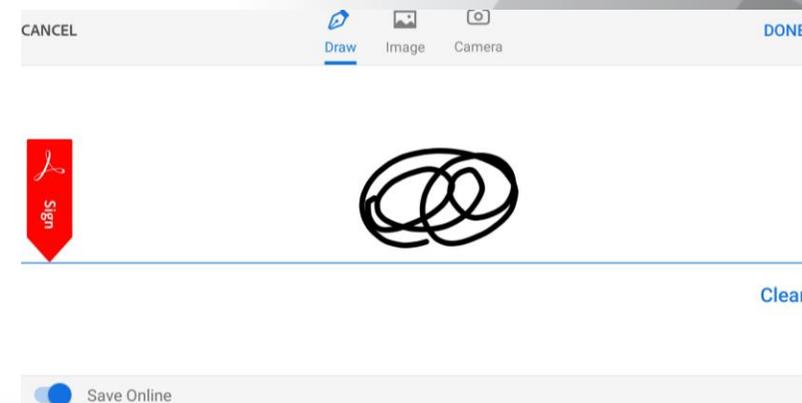


-Seleccionamos Crear Firma.

Create Signature

Create Initials

-Dibujamos nuestra firma y seleccionamos aceptar.



Paso 10 (tableta o celular)

-Movemos nuestra firma creada al área específica, también podemos cambiar su tamaño.

-Al situar nuestra firma en el lugar adecuado, damos clic.

-Listo, nuestro archivo .pdf se encuentra firmado y guardado.

Paso 11

Una vez firmado cada documento en su sección correspondiente, guardarlo y enviar el archivo a: seguros@tectijuana.edu.mx

NOTA: Debe abrir cada archivo .pdf, firmarlo y guardarlo.

