



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



**UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

Ciudad de México, a 14 de octubre del 2025

Circular Núm. IB-UAF- CRH-

0026

-2025

Asunto: Criterios para el "Seguro de Responsabilidad Profesional para Médicos Generales y Especialistas, Cirujanos Dentistas y Especialistas, Personal de enfermería y Médicos Residentes".

COORDINADORES ESTATALES DE IMSS-BIENESTAR EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, COORDINADORES DE LOS HRAES, UNIDADES CENTRALES, ENLACES PFAM (NO CONCURRENTES), ENLACES ESTATALES U HOMÓLOGOS

PRESENTE

En referencia al OFICIO CIRCULAR No. DGRHO/DG/36/2025 mediante el cual se notificó el fallo a la Licitación Pública Electrónica No. **LA-12-512-012000991-N-26-2025** para la "**CONTRATACIÓN CONSOLIDADA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SEGUROS INSTITUCIONALES 2025-2027**", en la que se adjudicó a "**Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V**" la PARTIDA 2 denominada "**SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS, CIRUJANOS DENTISTAS Y ESPECIALISTAS, PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MÉDICOS RESIDENTES**", se informa lo siguiente:

CRITERIOS PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS, CIRUJANOS DENTISTAS Y ESPECIALISTAS, PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MÉDICOS RESIDENTES

PRIMERO

Las disposiciones de la presente Circular son de observancia general y obligatoria para las Coordinaciones Estatales de las Entidades Federativas, Coordinaciones en los HRAES, Unidades Centrales, Enlaces PFAM (no concurrentes), Enlaces Estatales u homólogos.

SEGUNDO

El Seguro de Responsabilidad Profesional tiene como objeto, previo cumplimiento de los requisitos establecidos por la aseguradora, proteger a los Médicos Generales y Especialistas, los Cirujanos Dentistas y Especialistas, así como el personal de Enfermería, y Médicos Residentes que, en ejercicio de sus funciones con Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), sean objeto de acciones civiles, penales y administrativas en materia de Responsabilidad Profesional, por hechos u omisiones no dolosos.

TERCERO

El inicio de la cobertura es a partir de las 00:01 del día 1° de junio de 2025 y hasta las 24:00 horas del día 31 de diciembre de 2027, con excepción de aquel personal que contrate la cobertura adicional del seguro, para lo cual estarán asegurados a partir de la fecha de firma del documento formato "**SOLICITUD DE POTENCIACIÓN SERVICIOS DE SALUD**" (ANEXO I), sin efectos retroactivos.



2025
Año de
**La Mujer
Indígena**



CUARTO

Corresponde a **Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V** proporcionar al personal asegurado los servicios en caso de siniestro, conforme a los siguientes esquemas:

- A) Cobertura Básica:** El descuento correspondiente se ve reflejado en el "Comprobante de Percepciones y Descuentos de Nómina".
- B) Cobertura Opcional:** De carácter voluntario, por lo que su costo es a cargo del personal que requiera la potenciación del seguro, cuyo descuento se ve reflejado en el "Comprobante de Percepciones y Descuentos de Nómina" de conformidad con los esquemas que se ofrecen en el formato "SOLICITUD DE POTENCIACIÓN SERVICIOS DE SALUD" (ANEXO I).

QUINTO

El personal asegurado que esté interesado en contratar la **cobertura opcional** deberá observar lo siguiente:

- I. Los asegurados podrán solicitar la potenciación del seguro mediante el formato "SOLICITUD DE POTENCIACIÓN SERVICIOS DE SALUD" (ANEXO I), el cual deberá requisitarse de forma completa y legible, acompañado de una copia por ambos lados de la identificación oficial con fotografía vigente (INE, Cédula profesional y/o pasaporte).
- II. La documentación deberá ser presentada a la Coordinación Estatal de la Entidad Federativa, Coordinación en los HRAES, Unidad Central, Enlace PFAM (no concurrente), Enlace Estatal u homólogo correspondiente, quienes archivarán el soporte original en el expediente del personal y remitirán copia simple de la documentación mediante oficio dirigido a la Coordinación Técnica de Nómina, junto con el Layout (ANEXO II) que contenga la relación detallada del personal que entregó debidamente la documentación requerida. Es importante señalar que, para potencializar el seguro, únicamente se dispondrán de los siguientes plazos para la recepción de la documentación y layout correspondiente:

Calendario de Potenciación
A partir de la publicación de la circular y hasta el 10 de noviembre del 2025 sin prorroga.
Del 01 de abril al 20 de abril de 2026
Del 01 de octubre al 20 de octubre de 2026
Del 01 de abril al 20 de abril de 2027
Del 02 de octubre al 20 de octubre de 2027

Lo anterior con el propósito de llevar a cabo las gestiones administrativas correspondientes en tiempo y forma.

- III. El asegurado podrá solicitar en cualquier momento y sin ningún tipo de implicación, la cancelación de la potenciación del seguro mediante escrito libre en





el cual autorice la cancelación del descuento, siguiendo el mismo procedimiento establecido en la fracción que antecede.

IV. Es requisito indispensable que el escrito libre mediante el cual se solicite la cancelación de la potenciación incluya la siguiente información:

- Nombre completo del asegurado
- Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.)
- Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.)
- Firma autógrafa plasmada en tinta azul, tal y como aparece en su identificación oficial con fotografía vigente (INE, Cédula profesional y/o pasaporte).
- Copia por ambos lados de la identificación oficial vigente con fotografía (INE, Cédula profesional y/o pasaporte).

PROCEDIMIENTO

SEXTO

En caso de siniestro, el asegurado deberá comunicar la situación de manera inmediata a **Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.**, a través de los siguientes medios de contacto:

- **Ciudad de México y Área Metropolitana:** (55)5584-1736
- **Interior de la República:** 018002153455
- **Conmutador GMX Seguros:** (55)54804000, solicitando la atención con el Área de Siniestros.
- **Correo:** siniestros@gmx.com.mx

SÉPTIMO

Es requisito indispensable que el asegurado cuente con el certificado de aseguramiento, el cual se puede consultar utilizando el R.F.C. y descargar en la siguiente liga:

pvls.gmx.com.mx/ConsultaCertificados/Login.aspx

OCTAVO

El personal asegurado deberá remitir a la aseguradora los documentos que, en su momento le sean requeridos, en virtud de que el trámite correspondiente se realiza de manera directa entre el asegurado y la aseguradora, razón por la cual será responsabilidad del asegurado coadyuvar con el cumplimiento de los requisitos, plazos y procedimientos necesarios para la gestión del trámite respectivo.

NOVENO

Las aclaraciones que presenten los asegurados y que guarden relación con la aplicación de la presente Circular estarán a cargo de las Coordinaciones Estatales de las Entidades Federativas, Coordinaciones en los HRAES, Unidades Centrales, Enlaces PFAM (no concurrentes), Enlaces Estatales u homólogos.

Las situaciones no previstas en la presente Circular serán atendidas a través de la Coordinación Técnica de Nómina para su pronunciamiento.





DÉCIMO

Finalmente, queda bajo la más estricta responsabilidad de las Coordinaciones Estatales de las Entidades Federativas, Coordinaciones en los HRAES, Unidades Centrales, Enlaces PFAM (no concurrentes), Enlaces Estatales u homólogos; el cumplimiento, la difusión y la comunicación del contenido de la presente Circular al personal asegurado a través de cualquier medio oficial que considere pertinente y necesario.

ATENTAMENTE

LIC. HERMINIO SILVÁN LANESTOSA
COORDINADOR DE RECURSOS HUMANOS

C.c.e.: Lic. Christian Leslie García Romero. - Titular de la Unidad de Administración y Finanzas - copiaconocimientoaf@imssbienestar.gob.mx

Mtro. José Eduardo Rodríguez Covarrubias. - Coordinador Técnico de Nómina- Para su conocimiento

C.c.p.: Mtra. Carol Argella Orozco Morán. - Encargada del Despacho de los asuntos inherentes a la Coordinación de Relaciones Laborales - Para su conocimiento

Mtro. Carlos Cruz Arzate. - Coordinador de Operación Regional - Para su conocimiento

ERC/GEMV





FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____
DÍA MES AÑO

SOLICITUD DE POTENCIACIÓN SERVICIOS DE SALUD

Para el personal profesional al cuidado de la salud: Médicos, Odontólogos, y cualquier Personal Auxiliar y Técnico de la Medicina de la Secretaría de Salud.

INICIO DE VIGENCIA SOLICITADA: ____/____/____
DÍA MES AÑO

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

R.F.C.: _____ C.U.R.P.: _____

CÉDULA PROFESIONAL/ ESPECIALIDAD: _____

UNIDAD DE _____
ADSCRIPCION: _____

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

TIPO DE CONTRATO: _____

PUESTO: _____

ESQUEMA A CONTRATAR

Por favor de acuerdo con la opción elegida indicarlo en el cuadro "Acepto descuento".

- a) **Incrementar Suma Asegurada**, estrictamente en el ejercicio de su profesión bajo la directriz de los Servicios de Salud, y recuerde también que NO es adicional a la básica, es más bien complemento a la básica y es para llegar a ese límite elegido:

Límite Único y máximo de Responsabilidad hasta:	Prima Total Anual	Descuento Quincenal	Acepto Descuento	Acepto Descuento Contado
\$5'000,000.00 MN.	\$2,328.00	\$97.00		
\$10'000,000.00 MN.	\$7,488.00	\$312.00		

- b) **Ampliación del Seguro e Incrementar Suma Asegurada** igual al esquema anterior en los Servicios de Salud y Adicional en **SU PRÁCTICA PRIVADA**, como profesionista independiente, persona física y NO como empleado o dueño de cualquier Institución o empresa pública o privada de salud.

Límite Único y máximo de Responsabilidad hasta:	Prima Total Anual	Descuento Quincenal	Acepto Descuento	Acepto Descuento Contado
\$1'000,000.00 MN.	\$3,504.00	\$146.00		
\$3'500,000.00 MN.	\$3,816.00	\$159.00		
\$5'000,000.00 MN.	\$5,064.00	\$211.00		
\$10'000,000.00 MN.	\$11,352.00	\$473.00		

W_SOL_POTENCIACIÓN_SSM_2025

VER DORSO

Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.

Oficina Matriz, Tecoyotitla 412, Edif. GMX Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Álvaro Obregón, México, CDMX. C.P. 01050 / Tel. (55) 5480.4000 / www.gmx.com.mx / informacion@gmx.com.mx

Grupo
Valore



DESCUENTO POR NÓMINA: Las opciones la prima de la cobertura potenciada NO incluyen el costo de la prima básica, por favor considerar costos independientes; para contratar este seguro sólo llene y remita esta solicitud a su Área de Personal o al Asesor que se la proporcione, debè incluir la siguiente información: IDENTIFICACIÓN OFICIAL.

Las primas anteriores son totales e incluyen impuestos, son en moneda nacional tanto las primas como las sumas aseguradas.

Para concretar el trámite DE PAGO DE CONTADO debe anexar: comprobante de pago, llenar esta solicitud y anexar copia de identificación oficial y último talón de nómina.

El inicio de vigencia será a partir del primer día natural de la quincena inmediata superior y terminará vigencia al finalizar el año fiscal, al terminar deberá de renovar la misma para continuar con la cobertura.

Recuerde que si ya cuenta con una reclamación, citatorio o evento o hecho conocido por usted o la Aseguradora, o amenazas de pacientes o de los familiares del paciente, al momento de la contratación, NO ESTARÁ AMPARADO.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Indique sí, con motivo de sus actividades profesionales desde el momento del pago del seguro o durante los últimos tres años, ha tenido reclamaciones judiciales o extrajudiciales y sí, dentro del mismo lapso, ha sufrido siniestros, de ser el caso detalle las sumas reclamadas, los daños ocasionados, sus causas, los montos pagados o pendientes de pago, así como el estado de los respectivos procedimientos judiciales, arbitrales o administrativos:

Favor de recordar las disposiciones de los artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que se transcriben a continuación: "Artículo 8. El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato."

"Artículo 47. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

FIRMA DEL ASEGURADO:

Atención y Servicio

Para mayor información:

En la Cd. De México. y área Metropolitana:

Teléfono: (01 55) 54804100

Del resto de la República Mexicana:

Lada 800: 01 800 718 8946 Ext. 4100

Juntos el Riesgo es Menor^{MR}

**De acuerdo condiciones de la póliza de Seguro previamente pactadas.*

NOTA ACLARATORIA: Por favor de conservar una copia sellada y firmada de recepción

W_SOL_POTENCIACIÓN_SSM_2025

VER DORSO

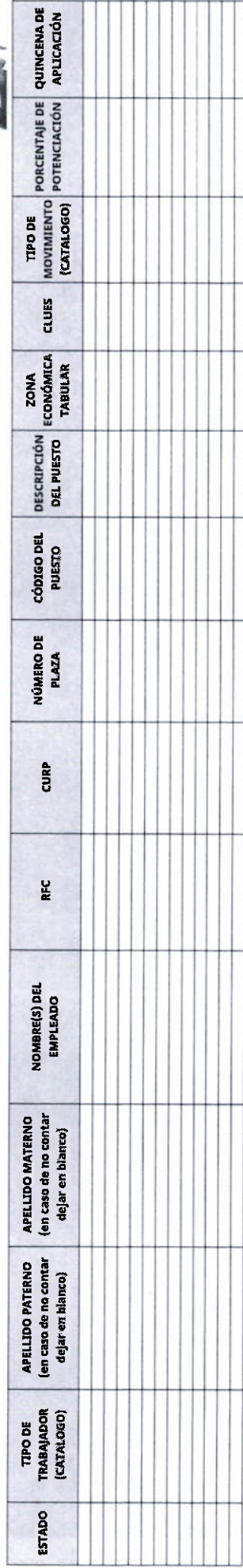
Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.

Oficina Matriz, Tecoyotitla 412, Edif. GMX Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Álvaro Obregón, México, CDMX. C.P. 01050 / Tel. (55) 5480.4000 / www.gmx.com.mx / informacion@gmx.com.mx





ANEXO II



TIPO DE TRABAJADOR			3 - TRANSFERIDOS TRANSFERIDO
1 - IMSS-BIENESTAR	2 - HRAES	3 - TRANSFERIDOS	
MANDO SUPERIOR	HRAES IXTAPALUCA, B., C y E		
MANDO MEDIO	HRAES IXTAPALUCA, B., C y E		
CATEGORIA BASE	HRAES OAXACA, B., C y E		
CATEGORIA ADMINISTRATIVA	HRAES BAJO, B., C y E		
CATEGORIA SUBSISTANTIVA	HRAES CD VICTORIA, B., C y E		
EVENTUAL ADMINISTRATIVO	CBAE CHIAPAS, B., C y E		
PFAM			
ATENCION A LA SALUD			
ATENCION A LA SALUD			
EVENTUAL			
HONORARIOS			

TIPO DE MOVIMIENTO	
NO.	MOVIMIENTO
1	ALTA
2	BAJA
3	MODIFICACIÓN

