



CONGRESO DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO CONTRALORÍA INTERNA

AT-04

Procedimiento de Entrega y Recepción de los Órganos y Unidades
Técnico Administrativas del Congreso del Estado de Michoacán de Ocampo



PÓLIZAS DE SEGURO VIGENTES

INFORMACIÓN AL:

(01)

(01)

(01)

ÓRGANO:

(02)

ÁREA ADMINISTRATIVA:

(03)

NÚMERO DE POLIZA	ASEGURADORA	RAMO DEL SEGURO	COBERTURA DEL SEGURO	IMPORTE DE LA PÓLIZA	SUMA ASEGURADA	VIGENCIA	
						DEL	AL
(04)	(05)	(06)	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)

*La veracidad, oportunidad y confiabilidad de la información, serán responsabilidad del Sujeto Obligado Saliente y de quien la genere.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN
ELABORA:

(12)

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN
ENTREGA:

(13)

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN
RECIBE:

(14)

NÚMERO
DE FOJAS:

(15)
____ de ____

NÚMERO DE
FOLIO:

(16)



CONGRESO DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO CONTRALORÍA INTERNA

AT-04

Procedimiento de Entrega y Recepción de los Órganos y Unidades
Técnico Administrativas del Congreso del Estado de Michoacán de Ocampo



PÓLIZAS DE SEGURO VIGENTES

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FORMA AT-04	
NÚMERO DEL CAMPO	ANOTAR
(01)	Fecha de corte de la información que se proporciona utilizando el formato día/mes/ año.
(02)	El nombre del Órgano del Congreso u Órgano Técnico y Administrativo al que pertenezca.
(03)	Nombre del Área Administrativa conforme a su estructura, para el ejercicio de sus funciones, como pueden ser: Diputados, Secretarías, Despachos, Coordinaciones, Delegados, Direcciones, Consejos, Departamentos, Secretarios (Técnicos y/o académicos) Unidades, Investigadores, y/o Áreas.
(04)	El Número de póliza asignado por la compañía aseguradora.
(05)	El nombre de la compañía aseguradora.
(06)	El ramo del seguro conforme a lo siguiente: Vida, Accidentes y Enfermedades, Daño.
(07)	Cobertura del seguro conforme a lo siguiente: Vida: Cobertura Básica de fallecimiento, Doble pago Muerte Accidental o Perdida, Miembros, Indemnización por Servicios Funerarios, Pago Parcial de fallecimiento; Automóviles: Daños materiales, robo total, responsabilidad civil, daños a bienes y personas, gastos médicos ocupantes, asesoría y defensa legal, asistencia en viajes y auxilio vial, muerte accidental al conductor, perdidas orgánicas al conductor, multas y corralones, responsabilidad civil en exceso por fallecimiento, y otros conceptos.
(08)	Importe total a pagar de la póliza.
(09)	Importe del total de la suma asegurada de la póliza.
(10)	Día, mes y año de inicio de vigencia de la póliza.
(11)	Día, mes y año de terminación de vigencia de la póliza.
(12)	El nombre completo, (apellidos paterno, materno y nombre) y firma de la persona que elaboró el formato.
(13)	Nombre completo y firma de conformidad del Servidor Público que entrega o designado para entregar.



CONGRESO DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO
CONTRALORÍA INTERNA

AT-04

Procedimiento de Entrega y Recepción de los Órganos y Unidades
Técnico Administrativas del Congreso del Estado de Michoacán de Ocampo



PÓLIZAS DE SEGURO VIGENTES

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FORMA: AT-04	
NÚMERO DEL CAMPO	ANOTAR:
(14)	Nombre completo y firma de conformidad del Servidor Público que recibe o designado para recibir.
(15)	El número de Foja y el total de las Fojas que apliquen.
(16)	El número de folio del formato, (solo para los anexos que apliquen, iniciar con el formato 001, en orden ascendente).