

00 838

PERSONAL ADSCRITO AL GRUPO DE INVESTIGACION DE HOMICIDIOS

NUM. PROG.	NUM. DE PLACA	NOMBRE	SERVICIO
1	9-15	[REDACTED]	ENCARGADO DEL SERVICIO IJN-4458
2	7-04	RAYMUNDO MARTINEZ RAMIREZ	COMISION TUXTEPEC TJN-4412
3	929	[REDACTED]	
4	964	[REDACTED]	
5	1006	[REDACTED]	INVEST. DIF. OFICIOS PROPIOS MEDIOS
6	009	[REDACTED]	SERVICIO EN LA OFICINA
7	434	[REDACTED]	"
8	349	[REDACTED]	INVEST. DIF. OFICIOS TJU-3515
9	458	[REDACTED]	
10	451	[REDACTED]	INVEST. DIF. OFICIOS PROPIOS MEDIOS
11	540	[REDACTED]	
12	709	[REDACTED]	
13	559	[REDACTED]	FALTANDO
14	338	[REDACTED]	INVEST. DIF. OFICIOS PROPIOS MEDIOS
15	926	[REDACTED]	
16	488	[REDACTED]	INVEST. DIF. OFICIOS RU-25841
17	090	[REDACTED]	
18	770	[REDACTED]	INVEST. DIF. OFICIOS RU-25793
19	942	[REDACTED]	
20	9-10	[REDACTED]	
21	088	ANGEL MONSOTO LOPEZ	INVEST. DIF. OFICIOS PROPIOS MEDIOS
22	[REDACTED]	[REDACTED]	VACACIONES
23	[REDACTED]	[REDACTED]	"
24	[REDACTED]	[REDACTED]	INVEST. DIF. OFICIOS RU-25839
25	[REDACTED]	[REDACTED]	
26	[REDACTED]	[REDACTED]	
27	[REDACTED]	[REDACTED]	FRANCOS POR REACCION
28	[REDACTED]	[REDACTED]	
29	[REDACTED]	[REDACTED]	SERVICIO DE REACCION TJN-4467
30	[REDACTED]	[REDACTED]	

00838

TONIO DE LA CAL, A 18 DE ENERO DE 2007

GENERAL DEL ESTADO DE QUERETARO, SECRETARIA DE JUSTICIA
HOMICIDIOS

CELESTINO AMAROS CRISTINA LOPEZ

RECEBIDO
SUBDIRECCION TECNICA ADMINISTRATIVA P.M.F.
FIRMA

DERECHOS HUMANOS
Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD.
UNIDAD DE BÚSQUEDA DE
DESAPARECIDAS
128

9-15
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
DIRECCION GENERAL DE
DERECHOS HUMANOS
Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD.
UNIDAD DE BÚSQUEDA DE
DESAPARECIDAS

0. 840

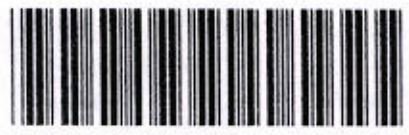


DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS : 7880-61-1114 AGREGADO MÉDICO: 1M19610R
 NOMBRE DEL ASEGURADO:
 AMADO RAMIREZ YAÁ?EZ

SEXO: MASCULINO
 DELEGACIÓN: OAXACA
 UNIDAD:UMF NO. 38 CVE PTAL. 210221252110
 CONSULTORIO: 11 TURNO: MATUTINO
 DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CREDENCIAL IMSS
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7800611114

00839



Serie y Folio ZZ215547

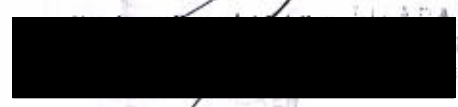
Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF No. 38	1	Oaxaca	ZZ215547
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF No. 38	Oaxaca	gobierno del estado	policia ministerial
Tipo Incapacidad	días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
INICIAL	tres	3	11/07/2006
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
ENFERMEDAD GENERAL		NO	11/07/2006
Probable Riesgo		días Acumulados	
Trabajo		0	
NO			

El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indica en este duplicado.

Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que éste efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.

Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón

En caso de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo deberá enterar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para calificar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas



Matrícula: 3948909 Nombre y firma del médico que autoriza: NO APLICA Matrícula: NO APLICA

COPIA PATRÓN

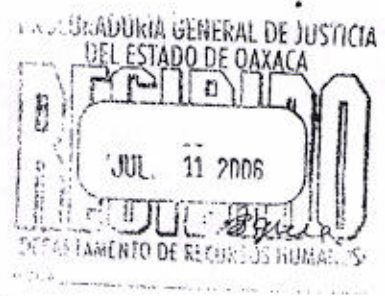
559.
S/o. Gfo. Guardia,



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Y SERVICIOS A LA
VIDA.
DE BÚSQUEDA DE
APARECIDAS
126



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Y SERVICIOS A LA
VIDA.
DE BÚSQUEDA DE
APARECIDAS





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS: 7880-61-1114 AGREGADO MÉDICO: 1M19610R

NOMBRE DEL ASEGURADO:

AMADO RAMIREZ YAÑEZ

SEXO: MASCULINO

DELEGACIÓN: OAXACA

UNIDAD:UMF NO. 38 CVE PTAL. 210221252110

CONSULTORIO: 11 TURNO: MATUTINO

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: CARTILLA
DE SALUD Y CITAS MÉDICAS

00840



Serie y Folio ZZ210837

Unidad Médica Expedidora	Nivel Atención	Delegación Expedidora	Certificado de Incapacidad Serie
UMF No. 38	1	Oaxaca	ZZ210837
UMF Adscripción	Delegación Adscripción	patrón(es)	Puesto de trabajo
UMF No. 38	Oaxaca	gobierno del estado	policia ministerial
Tipo Incapacidad	días Autorizados(Letra)	Número	A partir del
INICIAL	tres	3	11/01/2006
Ramo de Seguro		Control Maternidad	Expedido el
ENFERMEDAD GENERAL		NO	11/01/2006
Probable Riesgo Trabajo		días Acumulados	
NO		0	

El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indica en este duplicado.

Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que éste efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.

Los riesgos profesionales ocurridos durante periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón

En caso de estar marcado como Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo deberá enterar al Instituto a través del formato ST-1 aviso para calificar probable riesgo de trabajo en un lapso no mayor a 24 horas

Nombre y firma del médico
JAHIR PARED PEREZ LUNA

Matrícula
8948909

Nombre y firma del médico que autoriza
NO APLICA

Matrícula
NO APLICA

COPIA PATRÓN

DE LA REPUBLICA MEXICANA
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD
DIRECCIÓN DE BÚSQUEDA Y APARECIÓLOGÍA
OAXACA
26

DE LA REPUBLICA MEXICANA
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD
DIRECCIÓN DE BÚSQUEDA Y APARECIÓLOGÍA
OAXACA

PROCESADO
12:00

Póliza No.	Certificado No.	Contratante
IS05058500- 0	0005958	GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA

00841

Datos del Asegurado

0	Nombre																																					
JUDICIAL	POLICIA																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Fecha de Ingreso a la Póliza</th> <th colspan="3">Fecha de Nacimiento</th> <th colspan="3">Fecha Inicio de Vigencia</th> <th colspan="3">Fecha Término de Vigencia</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>31</td> <td>3</td> <td>2005</td> <td>13</td> <td>9</td> <td>1961</td> <td>31</td> <td>3</td> <td>2005</td> <td>31</td> <td>12</td> <td>2005</td> </tr> </tbody> </table>			Fecha de Ingreso a la Póliza			Fecha de Nacimiento			Fecha Inicio de Vigencia			Fecha Término de Vigencia			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	31	3	2005	13	9	1961	31	3	2005	31	12	2005
Fecha de Ingreso a la Póliza			Fecha de Nacimiento			Fecha Inicio de Vigencia			Fecha Término de Vigencia																													
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año																											
31	3	2005	13	9	1961	31	3	2005	31	12	2005																											

Regla para determinar la Suma Asegurada por fallecimiento y endosos adicionales en su caso

SUMA ASEGURADA FIJA

Coberturas

Coberturas	Suma Asegurada
BASICAGC	\$100,000
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL	\$100,000
INDEMNIZACION POR PERDIDAS ORGANICAS	\$100,000
INDEMNIZACION POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	\$100,000

Beneficiarios

[Redacted]	HIJA	30%
[Redacted]	HIJO	30%
[Redacted]	HIJO	40%

Advertencia: En el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Seguros Comercial América S.A. de C.V. cubre al asegurado por los beneficios contratados en los términos y condiciones de la Póliza citada
MEXICO,D.F. A 13 de JUNIO de 2005

Firma y Sello del Contratante

Firma del Asegurado

[Signature]

Apoderado

Registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas con oficio No. 06-367-1-1. 1/14153 del 27 de Abril de 1995.

Seguros Comercial América S.A. de C.V.
Periférico Sur 3325, Piso 11,
10400 México, D.F.
Tel: 51691000
México, D.F.



DERECHOS HUMANOS
Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD.
SECRETARÍA DE BÚSQUEDA E
IDENTIFICACIONES

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA
DEL ESTADO.

POLICIA MINISTERIAL.
GRUPO TRANSPORTES.

00842

La Experimental, San Antonio de la Cal, Centro Oax., a 07 de --
Noviembre del 2005.

RECURSOS HUMANOS DE LA P.G.J.E.O.
P R E S E N T E.

[Redacted], Agente de la Policía Ministerial del Estado, número 559, actualmente encuadrado en el grupo de transportes, de ésta Corporación, comparezco ante Usted para exponerlo siguiente:

En virtud de que en la actualidad se esta llevando a cabo la firma de la POLIZA DE SEGURO DE VIDA, que como trabajador del Gobierno del Estado tengo derecho, solicito que mis hijos ARACELY YAZMIN RAMIREZ BARROSO de 21 años de edad, AMADO RAMIREZ BARROSO de 14 años de edad y FERNANDO RAMIREZ VELASQUEZ, de 06 meses de edad, sean los beneficiarios de dicho seguro de vida; los dos primeros mencionados con un 30, por ciento respectivamente y el ultimo de los citados con un 40, por ciento. Haciéndose responsable de los trámites correspondientes mi mayor hija ARACELY YAZMIN RAMIREZ BARROSO.

Agradeciendole de ante mano la atención que le preste a la presente petición.

RESPECTUOSAMENTE. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE OAXACA

NOV. 7 2005
HORA 9:54 AM



DERECHOS HUMANOS
LITO Y SERVICIOS A LA
IDAD.
A DE BÚSQUEDA
APARECIDAS

126

DE DERECHOS HUMANOS
LITO Y SERVICIOS A LA
IDAD.

ADA DE BÚSQUEDA C
APARECIDAS

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

En nombre del Estado libre y soberano de Oaxaca



Segundo Oficial
Certifico y hago saber que a la foja Número del
Libro Número 1 de **NACIMIENTOS** del Registro Civil
a mi cargo se encuentran asentados los datos siguientes:



00843

OFICIALIA: 2 No. DE ACTA: 2589 20067020502589H CURP

FECHA DE REGISTRO: 25/10/2005 VEINTICINCO DE OCTUBRE DE DOS MIL CINCO

LUGAR DE REGISTRO: OAXACA DE JUAREZ, CENTRO, OAXACA

REGISTRADO

NOMBRE: FERNANDO RAMIREZ VELASQUEZ

FECHA DE NACIMIENTO: 10/5/2005 DIEZ DE MAYO DE DOS MIL CINCO HORA: 21:05

LUGAR DE NACIMIENTO: OAXACA DE JUAREZ, CENTRO, OAXACA

PRESENTADO: VIVO SEXO: MASCULINO COMPARECIO: AMBOS PROGENITORES

PADRES

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: 44 AÑOS

NOMBRE: DILIA SARAI VELASQUEZ HERNANDEZ

NACIONALIDAD: HONDUREÑA EDAD: 18 AÑOS

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: PARENTESCO: EDAD: AÑOS.

EL ORIGINAL DE LA PRESENTE CERTIFICACION TIENE AL MARGEN LAS SIGUIENTES ANOTACIONES:

SIN ANOTACION MARGINAL

Se extiende esta certificación en cumplimiento del artículo 52 del Código Civil vigente en el Estado

OAXACA DE JUAREZ OAX.

25 DE OCTUBRE DEL 2005

OFICIAL SEGUNDO DEL REGISTRO CIVIL, DOY FE.

SELLO DE LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL



SEGUNDA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL DEL CENTRO, OAXACA

ELABORO ARIZBE G. CUEVAS
COTEJO ARIZBE G. CUEVAS

2247977

DERECHOS HUMANOS
DIFUSION DE LA INFORMACION
Y SERVICIOS A LA
CIUDADANIA
LIC. MIGUEL DIAZ RIVERA

91919 BÚSQUEDA DE
TABARECIDAS

DERECHOS HUMANOS
DIFUSION DE LA INFORMACION
Y SERVICIOS A LA
CIUDADANIA
DIFUSION DE LA INFORMACION
Y SERVICIOS A LA
CIUDADANIA



y como OFICIAL del Registro Civil, Certifico y hago saber que a la foja Número 114657 del Libro Número 1 del Registro Civil a mi cargo se encuentran asentados los datos siguientes:

OFICIALIA: 2 No. DE ACTA: 1787 200670291017878 **00844**
CLAVE DE REGISTRO E IDENTIDAD PERSONAL

FECHA DE REGISTRO: 17/1991 UNO DE JULIO DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UNO

LUGAR: OAXACA DE JUAREZ, CENTRO, OAXACA

REGISTRADO

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: 21/5/1991 VEINTIUNO DE MAYO DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UNO HORA: 21:30

LUGAR DE NACIMIENTO: OAXACA DE JUAREZ, OAXACA

PRESENTADO: VIVO SEXO: MASCULINO COMPARECIO: AMBOS PROGENITORES

PADRES

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: 29 AÑOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: 31 AÑOS

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: [REDACTED]

PARENTESCO: DE ARMAS EDAD: -- AÑOS

EL ORIGINAL DE LA PRESENTE CERTIFICACION TIENE AL MARGEN LAS SIGUIENTES ANOTACIONES:

____ SIN ANOTACION MARGINAL ____

Se extiende esta certificación en cumplimiento del artículo 52 del Código Civil vigente en el Estado.

OAXACA DE JUAREZ OAX.

A 20 DE AGOSTO DEL 2002

[REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL DOY FE.

FIRMA



OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL
ITINERANTE
OFICIALIA

SE INTERPRETARON LOS DATOS CONFORME A LA CIRCULAR NUMERO 4 DE 11 DE JULIO DE 1991

DERECHOS HUMANOS
Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD.
SECRETARIA DE JUSTICIA Y
FIDELES
SECRETARIA DE JUSTICIA Y
FIDELES

DIRECCION DEL REGISTRO CIVIL

CERTIFICACION DE DATOS DE:

ACTA DE NACIMIENTO

CONFORME AL ARTICULO 20, FRACCION II, inciso 4) DE LA LEY DE REGISTRO CIVIL DEL ESTADO EN



DIRECCION DE ADMON. TRIBUTARIA



J.C. JOSE ANTONIO SANTOS LEON
Jefe del Departamento de Sistematización de Actos Civiles Estatales

L. CRUZ
Elaboró

H. MARTINEZ G.
Cotejó

INFORME AL ARTICULO 52 DEL CODIGO CIVIL DEL ESTADO SOLO EL DIRECTOR, LOS OFICIALES DEL REGISTRO CIVIL Y EL JEFE DEL ARCHIVO CENTRAL TIENEN LA OBLIGACION DE EXPEDIR CERTIFICACION DE DATOS DE LAS ACTAS DEL REGISTRO CIVIL SALVO LO DISPUESTO EN EL REGLAMENTO INTERNO

Número póliza	Póliza Anterior	Certificado
300 1035300		6015

Interacciones

Certificado Individual de Seguro de Vida Grupo

00846

Datos del Contratante Aseguradora

Denominación o Nombre: GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA
 PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA

Datos del Asegurado Titular

Nombre: RAMIREZ YA'VEZ AMADO			RFC: RAYA610913	Ocupación: Minist	
Fecha de Nacimiento: 13/09/1961	Sexo: Masculino	Fecha de Ingreso al Grupo:	Teléfono Oficina:	Teléfono Particular:	Inicio de Vigencia: 30/04/2004

Datos de los Familiares Asegurados (Sólo si se contrata el Beneficio de Gastos de Sepelio para Cónyuge y/o Hijos)

Cónyuge:	Ocupación:	Fecha de Nacimiento:
Hijo(s) mayores de 18 años:		Fecha de Nacimiento:

Beneficios

Cobertura	\$ Suma Asegurada
Beneficio Básico de Fallecimiento	100,000
Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas Escala "A"	100,000
Gastos de Sepelio Titular	30,000
ESPOSA	100 %

Designación de Beneficiarios

Nombre, Parentesco* y Porcentaje:
 SEGÚN LO ESPECIFICADO POR EL ASEGURADO EN SU CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL. EN CASO DE NO HABERSE ESPECIFICADO BENEFICIARIOS, EL SEGURO SE PAGARÁ DE ACUERDO A LOS DERECHOS LEGALES.

Para efectos de identificación

Advertencias: En el caso de que desee nombrar beneficiarios menores de edad, se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse los tutores, albaceas y representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

El seguro de Interacciones, S.A., pagará al beneficiario o beneficiarios designados o al asegurado, según se trate, el importe de la protección que corresponda al miembro del Grupo Asegurado, cuyo nombre aparezca en el registro de asegurados anexo a esta póliza, previa entrega de las pruebas del derecho del beneficiario, siempre que el certificado se encuentra en vigor. El importe que pagará será el que resulte de acuerdo con la regla para determinar la suma asegurada.

Se acompañan Condiciones Generales del contrato que son de interés para el asegurado.

Quías

[Signature]

Firma Funcionario Autorizado

Este documento y la Nota Técnica que lo fundamenta están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con dispuesto en los artículos 36 A y 36 B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por Oficio No. 06-367-II-1.1/2 4 6 5 7 del 22 de Septiembre 1998.



DE DERECHOS HUMANOS
 LITO Y SERVICIOS A LA
 UNIDAD.
 ADA DE BÚSQUEDA
 SAPAREC

00847

CERTIFICADO DEL SEGURO DE GRUPO
ACTUALIZADO AL 28 DE MAYO DEL 2002.

Póliza No.
00030841001

Nombre del Contratante o Razón Social
GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA
PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA

Certificado No.
00004589

00847

Nombre del Asegurado	Sexo	Vigencia de la Póliza (a las 0:00 Hrs.)						
RAMIREZ YA/EZ AMADO	M	Desde:			Hasta:			
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Estado Civil	Puesto u Ocupación	Edad	Fecha de nacimiento			Fecha Ing. Gpo. Aseg.		
	AGENTE DE LA POLICIA MINISTERIAL	40	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
			13	09	61	01	05	02

Detallar Ocupación

Cobertura	Tipo	Suma Asegurada o regla de Suma Asegurada de la Cobertura
FALLECIMIENTO (FALL)	PRINCIPAL	\$ 100,000.00 DE SUMA ASEGURADA PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO.



BENEFICIARIOS

BARROSO LOPEZ LEONOR TRINIDAD	ESPOSA	100 %
-------------------------------	--------	-------

BENEFICIARIO CONTINGENTE (en caso del fallecimiento de todos los anteriores antes que el Asegurado)

Forma de pago de la Suma Asegurada: Pago Único Administración en Fideicomiso

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la Suma Asegurada.

GNP cubre al Asegurado de acuerdo a los beneficios contratados en los términos y condiciones en la póliza, siempre que el presente certificado se encuentre en vigor al momento de ocurrir la eventualidad cubierta.

Grupo Nacional Provincial S.A.

[Firma]
Firma del Asegurado

[Firma]
Firma del Contratante

Oaxaca, Oax., 08/07/02

Lugar y Fecha

[Firma]
Director

Aut. C.N.S.F. oficio No. 06-367-II-1.11454 del 30 de julio de 2001.

CONTRATANTE

DERECHOS HUMANOS
Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD.

DE BÚSQUEDA C

No. De póliza 300 1022801	Póliza anterior 1022800
------------------------------	----------------------------

Interacciones
Aseguradora

848

Certificado
4146

Certificado Individual de Seguro de Vida Grupo

00848

1. Datos del contratante

Denominación o Nombre
GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA

2. Datos del Asegurado Titular

[Redacted]		RFC RAYA610913	Ocupación POLICIA JUDICIAL
Fecha de Nacimiento 13/09/1961	Sexo MASCULINO	Fecha de Ingreso al Grupo 1/04/2001	Teléfono Oficina
		Teléfono Particular	Inicio de Vigencia 1/04/2001

3. Datos de los Familiares Asegurados (Sólo si se contrata el Beneficio de Gastos de sepelio para Cónyuge y/o Hijos)

Cónyuge:	Ocupación	Fecha de Nacimiento
[Redacted]		[Redacted]
Hijos menores de 18 años:		Fecha de Nacimiento
[Redacted]		[Redacted]

4. Beneficios

Beneficio	\$ Suma Asegurada
Beneficio Básico de Fallecimiento	100,000

5. Designación de Beneficiarios

Nombre, Parentesco* y Porcentaje		
HEREDEROS LEGALES		
[Redacted]	ESPOSA	100%

*** Para efectos de identificación**

advertencias: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Aseguradora Interacciones, S.A., pagará al beneficiario o beneficiarios designados o al asegurado, según se trate, el importe de la protección que corresponda al miembro del Grupo Asegurado, cuyo nombre aparezca en el registro de asegurados anexo a esta póliza, previa entrega de las pruebas del derecho del reclamante, siempre que el certificado correspondiente se encuentre en vigor. El importe que pagará será el que resulte de acuerdo con la regla para determinar la suma asegurada.

Se acompañan Condiciones Generales del contrato que son de interés para el asegurado.
LA EXPERIMENTAL SAN ANTONIO DE LA CAL, OAX., 3 DE JULIO DEL 2001.

Firma de funcionario Autorizado

Este documento y la Nota Técnica que lo fundamenta están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con dispuesto en los artículos 36 A y 36 B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por Oficio No. 06-367-II-1.1 / 2 4 6 5 7 del 22 de Septiembre de 1998.

DERECHOS HUMANOS
DIGNIDAD Y SERVICIOS A LA
CIUDADADANIA
LIBERTAD DE BÚSQUEDA
DE APARECIDAS

559

S/N. 00849
"GRUPO IXHUATAN".

EL QUE SE INDICA.

Oaxaca de Juárez, Oax., a 01 de Mayo del 2004.

C I U D A D A N O.
DIRECTOR DE LA POLICIA MINISTERIAL DEL ESTADO.
P R E S E N T E.

[Redacted] Agente de la Policia Ministerial del Estado, número 559, actualmente comisionado en la Población de San Francisco Ixhuatán, Juchitán, Oax., como Encargado del Servicio de la Comandancia, ante Usted con todo respeto comparezco á informo:

El día de ayer 30 del mes próximo pasado, en compañía de mi familia, me trasladé a tomar mis alimentos en una negociación que se localiza sobre las calles de Avenida Montoya y Bernardo Balbuena, de San Martín Mexicapán, Centro Oax., para ésto serian aproximadamente las 22:30 horas; se da el caso que cuando me retiré de dicho lugar, me percaté de que ya no traía mi PORTA CREDENCIAL, CREDENCIAL Y PLACA METALICA, que me acredita como Elemento de ésta Corporación, dandola por perdida; lo anterior informo para que tenga conocimiento ya que pueden darle mal uso a esos documentos oficiales.

Lo que hago de su superior conocimiento y fines consiguientes a que haya lugar.

RESPECTUOSAMENTE.

[Handwritten Signature]

- C.c.p. El C. Sub-Director Operativo de la Policia Ministerial del Estado, para su conocimiento..... La Experimentación San Antonio de la Cal, Centro Oax.
- C.c.p. El C. supervisor General de la Policia Ministerial del estado, con identico fin..... La Experimentación San Antonio de la Cal, Oax.
- C.c.p. El C. Sub-Director Tecnico Administrativo, de la Policia Ministerial del Estado, igual fin.
- C.c.p. El C. Jefe de la Unidad Administrativa, de la P.G.J.

PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE OAXACA
DEPARTAMENTO DE DERECHOS HUMANOS

COMANDANCIA DE POLICIA MINISTERIAL DEL ESTADO DE OAXACA

RECEBIÓ
26

DERECHOS HUMANOS
Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD
DE BÚSQUEDA Y
RECUPERACIÓN