



AYUNTAMIENTO DE  
**CULIACÁN**  
CAPITAL DE BIENESTAR



Av, Álvaro Obregón y Mariano Escobedo  
C.P. 80000, Culiacán, Sinaloa., México

Teléfono: **+6677 58 01 01**  
Web: **www.culiacan.gob.mx**

Oficio No. DRH/T122/2024

Culiacán, Sinaloa, a 11 de noviembre de 2024

### C. SOLICITANTE DEL FOLIO SISAI 250484800059024 PRESENTE.-

Por este conducto remito a usted respuesta a la solicitud de información que se contiene en el expediente **590/2024-537**, misma que fue remitida a esta Dirección de Recursos Humanos por parte de la Dirección de Transparencia del Municipio de Culiacán, y mediante la cual, Usted requiere vía solicitud la siguiente información:

#### INFORMACIÓN SOLICITADA:

- “1-Solicito señale con particularidad el capítulo, título o artículo de la Normatividad Nacional en la que se fundamenta el Ayuntamiento de Culiacán para determinar la cantidad que le corresponde a Policías del ámbito Municipal en relación al seguro de vida.
  - 2-Solicito señale con particularidad el capítulo, título y artículo de la Normatividad Estatal en la que se fundamenta el Ayuntamiento de Culiacán para determinar la cantidad que le corresponde a Policías del ámbito Municipal en relación al seguro de vida.
  - 3-Solicito señale con particularidad el capítulo, título y artículo de los Reglamentos Estatales en los que se fundamenta el Ayuntamiento de Culiacán para determinar la cantidad que le corresponde a Policías del ámbito Municipal en relación al seguro de vida.
  - 4-Solicito señale con particularidad los acuerdos en los que se fundamenta el Ayuntamiento de Culiacán para determinar la cantidad que le corresponde a Policías del ámbito Municipal en relación al seguro de vida.
  - 5- Solicito señale con particularidad los Lineamientos en los que se fundamenta el Ayuntamiento de Culiacán para determinar la cantidad que le corresponde a Policías del ámbito Municipal en relación al seguro de vida.
  - 6-Solicito señale con particularidad los criterios legales en los que se fundamenta el Ayuntamiento de Culiacán para determinar la cantidad que le corresponde a Policías del ámbito Municipal en relación al seguro de vida.
  - 7-Solicito señale con particularidad los criterios motivacionales en los que se fundamenta el Ayuntamiento de Culiacán para determinar la cantidad que le corresponde a Policías del ámbito Municipal en relación al seguro de vida.
- La información solicitada no actualiza ningún supuesto de clasificación reservada o confidencial, por lo que deberá dar respuesta a cada interrogante planteada de conformidad a su competencia, facultades y funciones, ya que toda la información generada, obtenida, adquirida, transformada, recopilada o en posesión de esa Institución es pública y accesible a cualquier persona de conformidad en lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa.” (Sic)

En lo que corresponde a esta Dirección de Recursos Humanos, de acuerdo a las facultades y obligaciones conferidas a esta dependencia en el Artículo 51 del Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Culiacán, Sinaloa, me permito dar respuesta en los términos siguientes:

En relación al seguro de vida de Policías municipales, hago de su conocimiento que la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública, en su Capítulo II “De la Carrera Policial y la Profesionalización” en el artículo 84, párrafo segundo, **no contempla la cantidad que les corresponde en relación al seguro de vida.**

*“Artículo 84.- La remuneración de los integrantes de las Instituciones Policiales será acorde con la calidad y riesgo de las funciones en sus rangos y puestos respectivos, así como en las misiones que cumplan, las cuales no podrán ser disminuidas durante el ejercicio de su encargo y deberán garantizar un sistema de retiro digno.*

*De igual forma, se establecerán **sistemas de seguros** para los familiares de los policías, **que contemplen el fallecimiento** y la incapacidad total o permanente acaecida en el cumplimiento de sus funciones.*



*Para tales efectos, la Federación, las entidades federativas y los municipios deberán promover en el ámbito de sus competencias respectivas, las adecuaciones legales y presupuestarias respectivas, en los diferentes ámbitos de competencia.”*

2. Respecto a la Normatividad Estatal, ésta **tampoco contempla las cantidades que corresponden respecto al seguro de vida**, de acuerdo a la Ley de Seguridad Pública del Estado de Sinaloa, en la Sección Tercera “De los Derechos de los Integrantes de las Instituciones Policiales”, artículo 34, Fracción V:

*“Artículo 34.- Son derechos de los integrantes de las instituciones policiales:*

- I. ...
- II. ...
- III. ...
- IV. ...

V. *Ser sujetos del régimen de asistencia social para la obtención de servicios médicos, **seguro de vida**, gastos de funeral y vivienda. Se entenderá por asistencia social y servicios médicos, para los efectos de esta ley, los que se obtengan por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), según corresponda; y, (Ref. Según Dec. No. 645 de fecha 6 de julio de 2021 publicado en el P.O. 082, Edición Vespertina del 07 de Julio de 2021)”.*

3. En cuanto a Reglamentos Estatales, éstos no contemplan el seguro de vida para los integrantes de las instituciones policiales.

4, 5, 6 y 7.- Hago de su conocimiento que, tras una búsqueda exhaustiva y diligente en la base de datos física y digital de esta dependencia, no se encontraron documentos relacionados con acuerdos, lineamientos, criterios legales ni criterios motivacionales en los que se fundamente este Ayuntamiento de Culiacán, para determinar la cantidad que le corresponde a Policías Municipales en relación al seguro de vida.

Sin más por el momento, quedo de Usted para cualquier aclaración al respecto.

**ATENTAMENTE**

**LIC. SAÚL EDÉN LEÓN BARRAZA**  
**DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS**

Culiacán, Sinaloa, a 11 de noviembre de 2024.

**Solicitante: Folio SISAI 250484800059024**

**PRESENTE.-**

En atención al requerimiento de información por el solicitante bajo el folio **SISAI:250484800059024** de fecha 01 de los corrientes, registrada en la Dirección de Transparencia del Municipio de Culiacán, con folio **DTM: 590/2024-537**; al respecto, y por instrucciones del Secretario de Seguridad Pública y Tránsito Municipal, con fundamento en lo establecido en el artículo 4 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa; así como en el artículo 151, 156 del Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Culiacán y los numerales 12, 13 y 28 del Reglamento Interior de esta Institución Policial, se expone lo siguiente:

Con respecto a los cuestionamientos señalados en su escrito, se responde los que corresponde a esta Secretaría de Seguridad Pública y Tránsito Municipal, conforme lo dispuesto en el Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Culiacán.

Informa el titular del Departamento de Recursos Humanos de esta Secretaría que, no realiza trámites relacionados al establecimiento de la figura que refiere, limitándose a mantener control de expediente de los integrantes de esta Institución.

Y para el caso en particular, el elemento Policial acude al citado Departamento de Recursos Humanos de esta Institución solamente a modificar o cambiar el porcentaje y nombres de beneficiarios, se anexa a la presente copia del documento **CONSENTIMIENTO INDIVIDUALVIDA GRUPO PARTICIPACION DE UTILIADES** para mejor ilustración.

Sin otro asunto, quedo a sus apreciables órdenes.

**PRESENTEMENTE**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO JURÍDICO DE LA SECRETARÍA**  
**DE SEGURIDAD PÚBLICA Y TRÁNSITO MUNICIPAL**

**LIC. GUIBLERMO MONZÓN FIGUEROA**  
**DEPARTAMENTO JURIDICO**

*C.c.p. Comité de Transparencia del Municipio de Culiacán.*  
*C.c.p. Dirección de Transparencia del Municipio de Culiacán.*  
*C.c.p. Archivo.*





**THONA SEGUROS**  
| LOS ÚNICOS AL ALCANCE DE TODOS |

## CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL VIDA GRUPO SIN PARTICIPACION DE UTILIDADES

|   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|---|-------|-------|----------------------|-------------------------|---------------------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|-------------|-------------------------|--|--|--|
| <b>NOMBRE DEL CONTRATANTE:</b>  |       |       |                      | RAMO: VIDA              |                                       | SUBRAMO: VIDA GRUPO          |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| RFC   |       |       |                      | AGENTE:                 |                                       | PÓLIZA:                      |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| <b>DOMICILIO DEL CONTRATANTE:</b>   |       |       |                      | AGRUPADOR: 0000         |                                       | OFICINA: MATRIZ CONSECUTIVO: |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|   |       |       |                      | IDCLIENTE:              |                                       | MONEDA: M.N.                 |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|   |       |       |                      | FORMA PAGO: ANUAL       |                                       | DIAS VIGENCIA:               |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| <b>PERIODO DE VIGENCIA</b>  |       |       |                      | <b>FECHA DE EMISION</b> |                                       | <b>PLAN:</b>                 |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| DESDE   | HRS.  | HASTA | HRS.                 |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|   | 12:00 |       | 12:00                |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| <b>DATOS DEL ASEGURADO</b>  |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| <b>NOMBRE</b>   |       |       | <b>No. ASEGURADO</b> |                         | <b>FECHA NACIMIENTO</b>               |                              | <b>FECHA ALTA</b> |                   | <b>EDAD</b> | <b>SEXO</b>             |  |  |  |
|   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| <b>ACTIVIDAD PREPONDERANTE Y DETALLE DE LA MISMA:</b>   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| <b>DETALLE DEL SEGURO</b>   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| <b>COBERTURAS</b>   |       |       |                      |                         | <b>SUMA ASEGURADA</b>                 |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| <b>ADVERTENCIA:</b> En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe de señalar a un mayor de edad, como representante de los menores para efectos de que en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes 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 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 |       |       |                      |                         | <b>BENEFICIARIO</b>                   |                              |                   | <b>PARENTESCO</b> |             | <b>% SUMA ASEGURADA</b> |  |  |  |
|   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| <b>IMPORTANTE:</b> LEER ANTES DE FIRMAR THONA Seguros S.A. de C.V., me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad que la aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que la aseguradora recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales y datos personales sensibles asimismo manifiesto mi conformidad para que pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas.  |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
| <b>FECHA</b>  |       |       |                      |                         | <b>FIRMA DEL INTEGRANTE DEL GRUPO</b> |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |
|   |       |       |                      |                         |                                       |                              |                   |                   |             |                         |  |  |  |