



O.M.-01/16

JUNTA DE ACLARACIONES

ACTA QUE SE LEVANTA CON MOTIVO DE LA JUNTA DE ACLARACIONES A LAS BASES QUE RIGEN LA LICITACIÓN PÚBLICA, IDENTIFICADA CON EL NÚMERO O.M.-01/16, RELATIVA A LA ADQUISICIÓN DE PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA PARA PERSONAL OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN DE SEGURIDAD PÚBLICA MUNICIPAL, SOLICITADA POR LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS, DEPENDIENTE DE LA OFICIALÍA MAYOR DEL MUNICIPIO DE CHIHUAHUA.

En la ciudad de Chihuahua, Chihuahua, siendo las **10:00 (diez) horas** del día **12 (doce) de Enero de 2016**, hora y fecha señalada en las bases de la licitación identificada con el numero **O.M.-01/16**, para la realización de las aclaraciones de los documentos, requisitos, especificaciones y, en general sobre cualquier punto relativo a la interpretación de las bases, convocatoria o descripción de los servicios de esta licitación, constituidos en la sala de juntas de la Oficialía Mayor del Municipio de Chihuahua, ubicada en la calle Cuarta no. 2411 en la colonia Centro de esta ciudad, se procede por parte del Comité de Compras a hacer constar que en este acto comparecen, por sí o debidamente representados, los integrantes del mismo, dando por ende curso al desarrollo del presente acto haciendo constar que al mismo comparecen los siguientes participantes:

- **METLIFE MÉXICO S.A.**
- **SEGUROS ARGOS S.A. DE C.V.**
- **ACE SEGUROS S.A.**
- **SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V.**

Por parte de la convocante se hace la siguiente aclaración:

PRIMERA:

Se pone a disposición de los participantes el listado que contiene nombre y Registro Federal de Contribuyente de las personas que participan como personal operativo de la Dirección de Seguridad Pública, dicha información estará a disposición en las oficinas que ocupa la Subdirección de Recursos Humanos de la Oficialía Mayor del Municipio de Chihuahua, previo aviso de privacidad que presenten las compañías participantes.

SEGUNDA:

Los participantes para la elaboración de sus propuestas deberán considerar el número de pólizas solicitadas en el anexo 4, así como las condiciones solicitadas en el anexo 5.

El participante **METLIFE MÉXICO S.A.**, por medio de correo electrónico y de acuerdo con la persona que acude a este acto, manifiesta tener las siguientes preguntas:

PREGUNTA:

1. **Página 1, numeral 2;** en relación al nombre del seguro MetLife México tiene autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas denominar al "Seguro de Vida" como "Seguro Institucional de Vida Grupo", otorgando las mismas condiciones solicitadas, amablemente solicitamos a la Convocante confirmar si podemos utilizar esta denominación para la presentación de las propuestas. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: SI.

2. **Página 1, primer párrafo y Página 7, numeral 14 ANTICIPO Y FORMA DE PAGO;** se le solicita a la Convocante indicar si es correcta nuestra apreciación de que el Municipio de Chihuahua pagará el 100% de la prima con recursos propios. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: SI.

PREGUNTA:

3. **Página 2 Numeral 5, Página 5, Numeral 10, inciso A), punto 1.-**en cuanto a la acreditación de personalidad, favor de confirmar que dicha documentación se podrá presentar, dentro del "Sobre A Propuesta Técnica punto 1", en el acto de presentación de apertura de propuestas que se llevara a cabo el día 18 de enero del año en curso. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: SI.

PREGUNTA:

4. **Página 2 Numeral 5 punto 4.-** solicitamos a la convocante nos permita presentar el Estado Financiero y Balance General al 30 de Noviembre de 2015. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: SI ES POSIBLE

PREGUNTA:

5. **Página 2 Numeral 5 punto 4.-** Solicitamos a la convocante permita presentar el pago provisional del mes de noviembre de 2015, toda vez que conforme al Art. 14, primer párrafo de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, nos es permitido presentarlo a más tardar el día 17 de cada mes. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: SI ES POSIBLE

PREGUNTA:

6. **Página 4 Numeral 9.-** Solo para efectos de claridad, agradeceremos a la Convocante se sirva ratificar que las referencias realizadas en función de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (hoy abrogada), se entenderán efectuadas en función de la nueva Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: SI

PREGUNTA:

7. En congruencia a la aclaración anterior, se solicita a la Convocante se sirva ratificar que las pólizas de seguro de personas que al efecto se emitan, deberán expedirse en cumplimiento a las disposiciones establecidas por la Legislación de Seguros vigente. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

8. **Página 5, Punto 10, inciso A, numeral 9;** se le solicita a la convocante indicar que cumplimos presentando como propuesta técnica, el proyecto póliza y la transcripción del **ANEXO 4**, con las especificaciones de las bases y las que se deriven en la junta de aclaraciones. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: SIEMPRE Y CUANDO SE APEGUEN AL CONTENIDO DE LAS BASES QUE RIGEN ESTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA.

PREGUNTA:

9. **Página 5, Punto 10, inciso A, numeral 9 y Página 13, Anexo 4.** Se le solicita a la convocante indicar que para todas aquellas condiciones no establecidas o especificadas en las bases de la presente licitación, operarán de acuerdo a las condiciones generales ofrecidas por la Aseguradora adjudicada, siempre y cuando no contravengan con las disposiciones legales vigentes. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: SIEMPRE Y CUANDO CUMPLAN CON LAS CONDICIONES MÍNIMAS REQUERIDAS Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA CONVOCANTE.

PREGUNTA:

12. **Página 6, numeral 11 EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS**, segundo párrafo; para estar en igualdad de condiciones, solicitamos amablemente a la convocante indicar si es correcta nuestra apreciación respecto al tiempo de validez de la oferta, éste se encuentra señalado por la convocante dentro del anexo 5, "PROPUESTA ECONÓMICA" con la especificación que a la letra dice: "... permanecerá vigente hasta la entrega total de la póliza objeto de la presente licitación". **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES RECTORAS DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN.

PREGUNTA:

10. **Página 7, numeral 14 ANTICIPO Y FORMA DE PAGO**, segundo párrafo, se solicita a Convocante confirmar que la forma de pago de la prima será anual. **Favor de Pronunciarse al Respetto.**

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

11. **Página 7, numeral 16 MODIFICACIONES**, segundo párrafo; en virtud de que las propuestas técnica y económica que al efecto sean presentadas, se sustentarán en factores actuariales tales como siniestralidad, tiempo de protección, edad de los asegurados y coberturas contratadas, entre otros; agradeceremos a la Convocante se sirva ratificar que en caso de modificaciones al contrato se otorgará previo acuerdo entre las partes, realizando el ajuste en la prima, que en su caso corresponda. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: NINGUNA DE LAS CONDICIONES CONTENIDAS EN ESTAS BASES, NI LAS PROPUESTAS PRESENTADAS, PODRÁN SER NEGOCIADAS O MODIFICADAS UNA VEZ INICIADO EL PROCEDIMIENTO DE ÉSTA LICITACIÓN, POR LOS QUE DEBERÁ APEGARSE A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES QUE RIGEN EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DEL LICITACIÓN.

PREGUNTA:

12. **Página 8 Numeral 18.-** Solo para efectos de claridad, agradeceremos a la Convocante se sirva ratificar que en caso de retraso o incumplimiento en el pago de la sumas aseguradas convenidas, se sancionará a la Aseguradora de conformidad con lo dispuesto por los artículos 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y 276 de la nueva Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; y en caso de retraso en la entrega de la póliza, dicho retraso se sancionará de conformidad con lo dispuesto en el numeral 18 del escrito de bases por lo que de ninguna manera, se aplicará una doble sanción derivada de un mismo incumplimiento. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: EN EL CASO PLANTEADO, DEBERÁ ESTARSE A LO ESTABLECIDO EN LAS LEYES VIGENTES Y APLICABLES EN LA MATERIA ASÍ COMO EN LO ESTABLECIDO EN LAS BASES RECTORAS DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA.

PREGUNTA:

13. **Página 8 Numeral 19.-** Con el propósito de no ubicarnos en el supuesto correspondiente para que el presente procedimiento se declare "Desierto", agradeceremos de la Convocante se

sirva indicar, si es posible dar a conocer el presupuesto otorgado para la contratación de las pólizas de seguro que se licitan. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN

PREGUNTA:

14. **Página 8 Numeral 20.-** En cuanto a la recepción y/o verificación de la póliza de seguro respectiva, agradeceremos a la Convocante se sirva aceptar que la recepción, verificación y/o rectificación de la póliza o pólizas de seguro que se licitan, se realice de conformidad con lo dispuesto por el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, mismo que establece:

"Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones." **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO ESTABLECIDO EN LAS LEYES VIGENTES Y APLICABLES EN LA MATERIA ASÍ COMO EN LO ESTABLECIDO EN LAS BASES RECTORAS DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA.

PREGUNTA:

15. **Página 13, ANEXO 4;** se le solicita a la Convocante proporcionar por medio de archivo electrónico de preferencia en Excel la información de la colectividad asegurable con nombre, RFC o fecha de nacimiento, nombre, sexo y puesto o categoría para la elaboración de la propuesta económica. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE AL O YA ACLARADO.

PREGUNTA:

16. **Página 13, ANEXO 4;** se le solicita a la Convocante ratificar que la colectividad asegurada es: "Personal Operativo en servicio activo que porta arma de fuego". **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

En caso de respuesta negativa a la pregunta anterior solicitamos a la Convocante nos indique el nombre de la colectividad asegurada que deberá aparecer en su póliza en caso de resultar adjudicados, así como el número de asegurados que portan arma de fuego. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO.

PREGUNTA:

17. **Página 13, ANEXO 4;** Se le solicita a la convocante confirmar que el seguro es sólo para Personal Activo en nómina por lo que no quedarán protegidos los jubilados o pensionados. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: LAS PÓLIZAS SOLICITADAS SERÁN EXCLUSIVAS PARA PERSONAL OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN DE SEGURIDAD PÚBLICA MUNICIPAL, NO INCLUYE PERSONAL ADMINISTRATIVO, JUBILADOS O PENSIONADOS.

PREGUNTA:

18. En caso de respuesta negativa a la pregunta anterior, entendemos que este personal sólo estará protegido por la cobertura de fallecimiento. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESULTO.

PREGUNTA:

19. **Página 13, ANEXO 4;** se le solicita a la Convocante indicar si ¿dentro de la colectividad asegurable se encuentra personal que maneje motocicletas para el desempeño de su trabajo?, en caso afirmativo; favor de indicar quienes y cuántos son. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

PREGUNTA:

20. **Página 13, ANEXO 4 y Página 14, ANEXO 5.** Toda vez que las coberturas solicitadas entre el Anexo 4 y el Anexo 5, difieren, se pide a la Convocante confirmar que las coberturas a ofertar son las establecidas en el Anexo 4. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: ES CORRECTO LAS PÓLIZAS SOLICITADAS SON 1372.

PREGUNTA:

21. **Página 13, ANEXO 4 y Página 14, Anexo 5.** Se le solicita a la Convocante confirmar que los beneficios solicitados son: Fallecimiento (la muerte natural, por enfermedad y/o por muerte accidental incluyendo arma de fuego, sin límite de edad) por una suma asegurada de \$130,000.00, Cobertura adicional de Gastos Funerarios por una suma asegurada de \$50,000.00 y Anticipo de Suma Asegurada para Enfermedades Terminales por una suma asegurada de \$25,000.00. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: ES CORRECTO, ADEMÁS DEBERÁ CONSIDERARSE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE E INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

PREGUNTA:

22. **Página 13, ANEXO 4 y Página 14, Anexo 5.** En caso de que la respuesta a la pregunta que antecede sea contestada en sentido negativo, se solicita a la Convocante enlistar las coberturas requeridas así como los importes de suma asegurada, a fin de que todos los licitantes estemos en igualdad de condiciones para la presentación de propuestas técnicas y económicas. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO.

PREGUNTA:

23. **Página 14, ANEXO 5;** se le solicita a la Convocante ratificar que el número de asegurados a cotizar, será de acuerdo al listado de la colectividad que se proporcione en la junta de aclaraciones. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

24. **Página 14, ANEXO 5, VIGENCIA;** se le solicita a la Convocante ratificar que la vigencia de la póliza será a partir de 00:00 horas del 31 de enero de 2016 y hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2016. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: LAS PÓLIZAS TENDRÁN COMO VIGENCIA DE LAS 12 (DOCE) HORAS DEL DÍA 31 DE ENERO DE 2016 A LAS 24 (VEINTICUATRO) HORAS DEL DÍA 31 DE DICIEMBRE DE 2016.

PREGUNTA:

25. Estimaremos de la convocante ratificar si el monto de la prima se cuantificará precisamente con base en los reportes de altas y bajas de la colectividad asegurada, que la Convocante proporcionará a la Aseguradora adjudicada al inicio y fin de vigencia; el ajuste del importe de la prima a pagar se efectuará al término de la vigencia. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

26. **Página 14, ANEXO 5;** en lo que respecta al Impuesto al Valor Agregado (IVA), cabe señalar que como el Seguro de Vida no causa I.V.A., entendemos que cumplimos incluyendo una nota en la propuesta económica que diga "El Seguro de Vida no causa I.V.A.". **Favor de ratificar o rectificar lo anterior.**

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

27. **Página 14, ANEXO 5;** solicitamos a la Convocante nos permita incluir a la propuesta económica la cuota anual al millar de suma asegurada. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: ES OPCIONAL AL PARTICIPANTE

PREGUNTA:

28. Se le solicita a la convocante ratificar que el nombre del Contratante que deberá aparecer en el proyecto póliza será: "Municipio de Chihuahua". **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

29. Se le solicita a la convocante indicar si los beneficios que está solicitando los tiene contratados actualmente en su programa de aseguramiento. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: SI

PREGUNTA:

30. Se le solicita a la Convocante proporcionar el monto de prima pagada en la última vigencia, así como la Aseguradora que actualmente cubre su seguro. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

PREGUNTA:

31. Para una mejor evaluación del riesgo, se solicita a la convocante proporcionar en medio magnético de preferencia en Excel, la siniestralidad de la póliza que licita, de los últimos 3 años detallando lo siguiente:

- Número de siniestros por año.
- Monto reclamado y pagado de los siniestros.
- Cobertura afectada (Fallecimiento, Muerte Accidental o Invalidez Total y Permanente).
- Fecha de ocurrido y pagado.
- Número de asegurados por año.
- Suma asegurada por año.

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

PREGUNTA:

32. **Pregunta general.** Solicitamos a la convocante confirme que la documentación para el pago de siniestros se realizará con la requerida por la aseguradora que resulte adjudicada. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: SI SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA CON LAS LEYES VIGENTES Y APLICABLES.

PREGUNTA:

33. **Pregunta general.** Confirmamos de la convocante. Respectó a la Operación del seguro; se solicita a la Convocante confirmar que ésta entregará al principio y al final de la vigencia un registro de asegurados para que al término de la póliza se realicen los ajustes en la prima total derivados por los movimientos de altas o bajas de asegurados, así como la administración de la póliza queda a cargo del Municipio de Chihuahua, la cual se encargara de contar con la información de los consentimientos. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

34. **Pregunta general.** De conformidad con lo dispuesto por las Resoluciones Cuarta, Quinta y Décima tercera de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicadas en el Diario Oficial de la Federación con fecha 19 de julio de 2012, actualmente artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de abril de 2013, las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros previo a la celebración de contratos de cualquier tipo, debemos integrar un expediente de identificación del cliente que contenga la información y documentación tanto del contratante como de los asegurados prevista en dicha resolución, por lo que agradeceremos a la Convocante su declaración en el sentido de que la información respectiva le será entregada al Licitante que resulte adjudicado en el presente proceso de adquisición pública, a la conclusión del Acto de Fallo a efecto de evitar retrasos en el inicio del servicio adjudicado dado el impedimento que para el inicio de la prestación del servicio se encuentra establecido en el primer párrafo de la Disposición Cuarta de las Disposiciones legales indicadas evitando con ello contravenir lo dispuesto de la Ley de observancia obligatoria tanto para la Convocante como para el Licitante Adjudicado. **Favor de pronunciarse al respecto.**

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO Y ACLARADO.

El participante **SEGUROS ARGOS S.A. DE C.V.**, por medio de correo electrónico y de acuerdo con la persona que acude a este acto, manifiesta tener las siguientes preguntas:

PREGUNTA:

1. Favor de ratificar que para todas aquellas condiciones no establecidas o especificadas en las bases de la presente licitación, operaran de acuerdo a las condiciones generales de Seguros Argos, S. A. De C. V., prevaleciendo las condiciones particulares solicitadas por el contratante. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO ESTABLECIDO EN LAS LEYES VIGENTES Y APLICABLES EN LA MATERIA.

PREGUNTA:

2. En alcance a la pregunta anterior, favor de confirmar que podremos incluir nuestras condiciones generales autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, junto con las Cláusulas de Prelación y No Adhesión, favor de confirmar.

RESPUESTA: SI, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES Y APLICABLES EN LA MATERIA Y DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL MUNICIPIO DE CHIHUAHUA.

PREGUNTA:

3. Estamos en el entendido de que para el presente concurso la propuesta técnica y económica se podrá presentar en formato libre, respetando lo solicitado en las bases y anexos técnico y económico así como las modificaciones que resulten de la junta de aclaraciones favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: SI SIEMPRE Y CUANDO SE RESPETE LA TOTALIDAD DEL CONTENIDO DE LOS ANEXOS, PARA LA ELABORACIÓN DE SUS PROPUESTAS.

PREGUNTA:

4. Favor de proporcionar la relación de la colectividad a asegurar, incluyendo nombre del asegurado, RFC. o fecha de nacimiento, sueldo mensual y actividad, favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA ACLARADO.

PREGUNTA:

5. Se solicita a la convocante indicar cuáles son los puestos que corresponden al personal operativo de la Dirección de Seguridad Pública

RESPUESTA: LA TOTALIDAD DE LAS PÓLIZAS CORRESPONDEN A PERSONAL OPERATIVO.

PREGUNTA:

6. Se solicita a la convocante indicar si el anticipo de suma asegurada para gastos funerarios será por \$ 50,000.00 y estos serán deducidos del pago de suma asegurada por fallecimiento que deberá ser de \$ 130,000.00.

RESPUESTA: NO, SON CONCEPTOS DISTINTOS.

PREGUNTA:

7. Se solicita a la convocante señalar si estarán en posibilidades de apegarse al cumplimiento de los requisitos que se tengan definidos para la reclamación de suma asegurada establecidos por esta Compañía de Seguros

RESPUESTA: SI, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLAN CON LAS LEYES VIGENTES Y APLICABLES EN LA MATERIA.

PREGUNTA:

8. Que señale la convocante si el formato de Certificado-Consentimiento se requisitará por su personal operativo en formato proporcionado por la Aseguradora adjudicada

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

9. Que señale la convocante si actualmente cuenta con siniestros ocurridos y pendientes por reclamar, favor de pronunciarse al respecto

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

PREGUNTA:

10. Que señale la convocante cuál es la Institución que presta los servicios médicos a su personal operativo y si dicha Institución otorgará la información médica necesaria para contar con todas las bases que permitan a la empresa Aseguradora dictaminar los siniestros

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

PREGUNTA:

11. Que indique la convocante que si no existen recursos presupuestarios suficientes para pagar la prima, la póliza cesará en sus efectos de conformidad con lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley sobre el contrato de seguro.

RESPUESTA: LA CONVOCANTE CUENTA CON LOS RECURSOS SUFICIENTES PARA HACER FRENTE A LAS OBLIGACIONES.

PREGUNTA:

12. Preguntar a la convocante cual es el tratamiento de los formatos de consentimiento. ¿Se firmarán nuevos consentimientos y designaciones de beneficiario? ¿Se tiene que reconocer los que se tengan con la aseguradora con la que actualmente tengan celebrada la póliza?

RESPUESTA: SE FIRMARAN NUEVOS CONSENTIMIENTOS.

PREGUNTA:

13. Que confirme la convocante, que la póliza actual es auto-administrada

RESPUESTA: SI ES AUTOADMINISTRADA

PREGUNTA:

14. Que se precise que la prima será pagada en su totalidad por la convocante, es decir, que no habrá contribución por parte de los asegurados al pago de la prima

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

15. Que precise la convocante si ésta es la responsable de remitir los formatos de consentimiento y designación de beneficiarios a la aseguradora de todos y cada uno de los asegurados.

RESPUESTA: ES CORRECTO.

PREGUNTA:

16. Favor de confirmar si únicamente será cubierto el personal en activo y que no se encuentre en proceso de invalidez o incapacidad, favor de pronunciarse.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO.

PREGUNTA:

17. Amablemente solicitamos a la convocante nos proporcionen en formato de Word, la junta de aclaraciones y las bases con sus anexos, favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

PREGUNTA:

18. Se solicita a la convocante nos proporcione en formato Word las circulares aclaratorias que hubieran en el proceso, que sean enviadas al siguiente correo electrónico gcaraveo@segurosargos.com, favor de confirmar.

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN, EN LOS TÉRMINOS SOLICITADOS.

PREGUNTA:

19. Solicitamos nos informen, cuál sería la forma de pago de la prima.

RESPUESTA: MEDIANTE CHEQUE O TRANSFERENCIA.

PREGUNTA:

20. Solicitamos a la convocante nos informe quien sería el responsable de recabar los consentimientos y certificados de designación de beneficiarios

RESPUESTA: LA CONVOCANTE DE ACUERDO A LOS FORMATOS QUE PROPORCIONE LA COMPAÑÍA ADJUDICADA.

PREGUNTA:

21. Favor de pronunciarse al respecto referente a que se sujetaran a nuestros procesos y requisitos de reclamación de siniestros.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO.

El participante **ACE SEGUROS S.A.**, por medio de correo electrónico y de acuerdo con la persona que acude a este acto, manifiesta tener las siguientes preguntas:

PREGUNTA:

1.-En caso de que mi representada no acredite su personalidad previo a la apertura y esta es acreditada en el acto de presentación les pido nos informen si sería necesario firmar cada uno de los documentos que conforman la acreditación de personalidad y en caso de que su respuesta sea afirmativa les pido nos autoricen firmar las copias simples.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES RECTORAS DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN.

PREGUNTA:

2.- Les pedimos de favor nos enlisten todas las coberturas deseadas ya que estas difieren entre el anexo 4 y el anexo 5.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO Y ACLARADO.

PREGUNTA:

3.- Les pedimos de favor nos enlisten todas las coberturas con las que actualmente cuentan en la póliza vigente.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO.

PREGUNTA:

4.- Les solicitamos de la manera mas atenta nos indiquen si la póliza actualmente opera a detalle (informe de altas y bajas al momento que se generen con sus respectivos cobros o devoluciones) o es auto administrada (al final de la vigencia se reportan las altas y bajas de todo el año y hasta entonces se realiza el ajuste de primas a la alta o baja según sea el caso).

RESPUESTA: ES AUTOADMINISTRADA

PREGUNTA:

5.- De igual forma les pedimos nos aclaren de que manera deberá operar la póliza que desean contratar, a detalle o auto administrada.

RESPUESTA: LA PÓLIZA SERÁ AUTOADMINISTRADA.

PREGUNTA:

6.- En cuanto al punto no 16 de las bases les pido de la manera mas atenta nos informen si este punto sería invalidado en caso de tener un alta en el número de asegurados que superen el 5% de la prima original o si requieren de altas posteriores a los primeros 6 meses de vigencia.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES RECTORAS DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN.

PREGUNTA:

7.- Favor de proporcionar el listado del personal que desean asegurar con la siguiente descripción: nombre completo con apellidos, fecha de nacimiento o rfc, género (masculino o femenino) y puesto desempeñado.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO Y ACLARADO.

PREGUNTA:

8.- Favor de proporcionarnos la siniestralidad detallada de los últimos 5 años indicando monto pagado, nombre y cobertura afectada.

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

PREGUNTA:

9.- Solicitamos amablemente nos confirmen si la participación es mandatoria y si el personal a asegurara participara en el pago de la prima o si la participación sera voluntaria.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO.

PREGUNTA:

10.- Favor de indicarnos la forma de pago deseada para la póliza.

RESPUESTA: MEDIANTE CHEQUE O TRANSFERENCIA.

PREGUNTA:

11.- Favor de indicarnos la elegibilidad de la cuenta, si es para todo el personal operativo o incluirá también personal con otras funciones.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO.

El participante **SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V.**, por medio de correo electrónico y de acuerdo con la persona que acude a este acto, manifiesta tener las siguientes preguntas

1. Solicitamos a la convocante nos informe el número de participantes

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

2. Solicitamos a la convocante nos proporcione la siniestralidad de los últimos 3 años

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

3. Solicitamos a la convocante si hay siniestros pendientes de declarar.

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

4. La edad de aceptación para la cobertura Básica (Fallecimiento) que se tiene registrado ante la CNSF es hasta 70 años, favor de aclararnos si es motivo de descalificación el no cotizar a las personas mayores de esas edad. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: DEBERÁ SER SIN LIMITE DE EDAD

5. La edad de aceptación para la cobertura de Accidentes que se tiene registrado ante la CNSF es hasta 69 años con cancelación a los 70 años. Favor de aclararnos si es motivo de descalificación el solo cotizar cobertura básica para las personas de estas edades, Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: NO ES POSIBLE DAR RESPUESTA EN LOS TÉRMINOS PLANTEADOS.

6. Favor de informar la Suma Asegurada Máxima Sin Examen Médico que se tiene actualmente para esta Partida, o bien, cuál es la Suma Asegurada Máxima que se acepta en automático por persona. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

7. Se le solicita amablemente a la convocante proporcionar la Base de datos en formato de Excel que contenga mínimo los siguientes datos:

- Nombre del Participante
- Fecha de Nacimiento o RFC
- Sexo
- Regla de suma asegurada
- Puesto
- Estatus del empleado (activo, incapacitado, de vacaciones)

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO Y ACLARADO.

8. Se le solicita a la convocante confirmar que todos los participantes de la partida se encuentran en servicio activo, es decir que se excluyen a los empleados que se encuentren Pensionados, Jubilados, en proceso o estado de invalidez. Favor de pronunciarse al respecto

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO.

9. En caso contrario a la pregunta anterior, solicitamos amablemente a la convocante indicar ¿Cuántos? y, ¿Quiénes son?.

RESPUESTA: NO APLICA.

10. Favor de indicar si dentro del listado para la partida están incluyendo al personal incapacitado y con licencia médica, de ser afirmativa indicar Cuántos? y ¿Quiénes son?

RESPUESTA: NO APLICA.

11. Favor de confirmar que el pago de la póliza será pagada de forma Anual.

RESPUESTA: ES CORRECTO.

12. Se le informa a la convocante que para la forma de pago Fraccionado se le aplica un Recargo. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: NO EXISTE PRONUNCIAMIENTO POR PARTE DE LA CONVOCANTE.

13. Se le solicita a la convocante confirmar que la convocante resguardará la designación de beneficiarios requisitados por los asegurados y en caso de presentarse la eventualidad prevista en el contrato enviará el original de la designación de beneficiarios haciendo constar que es la última que elaboró el asegurado. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: ES CORRECTO.

14. **CONSENTIMIENTOS:** deberán ser recabados por el contratante, debidamente llenados y firmados por los asegurados y entregados a la compañía adjudicada al momento de ocurrir el evento cubierto o a petición de la aseguradora a efectos de cumplir en la custodia, tiempo y forma con lo establecido en el reglamento del seguro de grupo para la operación de vida y del seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades., así como con los requerimientos de información establecidos por la cnsf en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

15. Sugerimos a la Convocante la siguiente documentación para realizar la reclamación de las siguientes coberturas. Favor de pronunciarse al respecto:

Fallecimiento

- Consentimiento original firmado por el Asegurado
- Original o copia certificada del Acta de defunción
- Copia del Certificado de Defunción
- Original o copia certificada del Acta de Nacimiento del asegurado
- Declaración requisitada por el o los beneficiarios
- Declaración requisitada por el médico que atendió al asegurado durante su enfermedad, o bien, el que extendió el Acta de Defunción
- Si el beneficiario es el cónyuge, original del Acta de Matrimonio
- Para cualquier otro beneficiario, original o copia certificada del Acta de Nacimiento.
- En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, Carta Notariada de Patria Potestad
- Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado y Beneficiario(s)
- Ultimo recibo de nómina firmado por el asegurado, cuota pagada a la asociación o cualquier otro documento que indique la pertenencia del asegurado a la colectividad y/o poder determinar la suma asegurada alcanzada por el asegurado a la fecha del siniestro
- Comprobante de Domicilio del (los) beneficiario(s) no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.
- Historial clínico completo, en caso de fallecimiento por alguna enfermedad, dentro de los primeros 12(doce) meses de asegurado

En caso de muerte accidental, las averiguaciones del Ministerio Público deben estar integradas por lo siguiente: la Averiguación Previa, Identificación del Cadáver, Necropsia, Parte del Tránsito en caso de Accidente Automovilístico, Exámenes Toxicológicos y Conclusiones.

RESPUESTA: TODA VEZ QUE SE PLANTA COMO SUGERENCIA Y NO COMO DUDA O PREGUNTA, NO ES POSIBLE DAR RESPUESTA EN LOS TÉRMINOS PLANTADOS.

16. Favor de confirmar que la forma de administración de la póliza es AUTOADMINISTRADA con Ajuste Anual al final de la Vigencia.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO.

17. Independientemente de la forma de Administración el Contratante se obliga a reportar los movimientos de altas y bajas periódicamente (mensual). Lo anterior es para dar cumplimiento al Artículo 15 del REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: NO ES POSIBLE DAR RESPUESTA EN LOS TÉRMINOS PLANTADOS.

18. Se le solicita a la Convocante confirmar que nos proporcionarán listado actualizado al finalizar la Vigencia con el objetivo de realizar el Ajuste anual de Primas por los movimientos de Altas y Bajas.

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO YA RESUELTO.

19. Se le solicita amablemente a la convocante confirmar que la propuesta es SIN DIVIDENDOS

RESPUESTA: DEBERÁ ESTARSE A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES RECTORAS DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA.

20. Favor de ratificar que para todos aquellos conceptos no descritos en las Bases de la presente licitación y la Junta de Aclaraciones, operaran las condiciones generales de la compañía adjudicada prevaleciendo las condiciones particulares solicitadas por el contratante. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: ES CORRECTO, SIEMPRE Y CUANDO SE APEGUEN A LAS LEYES VIGENTES Y APLICABLES EN LA MATERIA.

21. Con respecto al beneficio de anticipo de suma asegurada para enfermedades terminales favor de confirmar si podemos utilizar el siguiente concepto:

Anexo "C"

**ENDOSO DE ADELANTO DE SUMA ASEGURADA
POR ENFERMEDAD TERMINAL**

Por medio del presente Endoso, el cual es adherido y formando parte integrante de la póliza, SEGUROS Afirme concederá el beneficio que acuerda otorgar mediante este Endoso Especial, cuando el Asegurado haya sido diagnosticado, por primera vez, con una enfermedad terminal siempre que tal enfermedad

terminal hubiere iniciado durante la vigencia del seguro y antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad.

CAPÍTULO I. DEFINICIONES

I. ENFERMEDAD TERMINAL

Se entenderá por Enfermedad Terminal, cualquier padecimiento de carácter progresivo, irreversible e incurable, que se encuentre en estado avanzado y conlleve irremediablemente a que el pronóstico de vida del Asegurado, sea inferior o igual a seis (6) meses, al no existir tratamiento médico o procedimientos quirúrgicos curativos.

CAPÍTULO II. COBERTURA

I. BENEFICIO DE ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL

El Asegurado o su Representante Legal tendrán derecho a solicitar a SEGUROS AFIRME, \$25,000.00 como anticipo de la Suma Asegurada a ser indemnizada en caso de Muerte del Asegurado según Cobertura Básica de Muerte prescrita en las Condiciones Particulares de la Póliza; siempre que se le haya diagnosticado, por primera vez, una Enfermedad Terminal y que dicho diagnóstico se haya realizado en fecha posterior a 6 (seis) meses de contratación de su Póliza.

Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades terminales diagnosticadas por primera vez y en fecha posterior a la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Ningún beneficio se pagará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de las fechas anteriormente mencionadas.

Efectuado el diagnóstico de la enfermedad terminal cubierta por esta Cláusula, el Capital Asegurado por muerte no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa. El anticipo será entregado al Asegurado o a su Representante Legal, en un período máximo de 30 días calendarios posteriores a haber facilitado a SEGUROS AFIRME y esté comprobada, la totalidad de la documentación que la Póliza requiere para tales efectos.

En caso de muerte, el monto otorgado por el Beneficio de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, será disminuido de la suma asegurada a la que tendría derecho el asegurado.

2. RIESGOS NO CUBIERTOS.

SEGUROS AFIRME no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- c) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- d) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas;
- e) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV de Inmuno Deficiencia Humana;
- f) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;

3. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO.

El Beneficio por Enfermedad Terminal, se otorga una vez y concluye cuando:

- a) Al caducar la póliza por cualquier causa.
- b) Si el beneficio de anticipo de suma asegurada está anexado a pólizas de vida temporal es mayores a un año o vitalicias, el monto otorgado por el Beneficio de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, será disminuido de los Valores Garantizados, a los que tendría derecho el Asegurado.

CAPÍTULO 111. OBLIGACIONES

I. DEL ASEGURADO- COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad terminal.
- b) Dentro de los siete días subsiguientes al diagnóstico, El Asegurado, deberá proveer las pruebas satisfactorias a SEGUROS AFIRME que demuestren su Enfermedad Terminal cuya expectativa de vida sea de corto plazo, a partir del día de la presentación de la solicitud del beneficio.

Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias, el diagnóstico (dictamen médico), realizadas por un profesional médico autorizado legalmente en la patología específica, así como copia de todos los exámenes auxiliares de diagnóstico que fundamentan el dictamen médico.

El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado; ni su cónyuge; ni un miembro cercano de su familia; hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad; ni una persona que conviva con él bajo el mismo techo.

Asimismo, se requerirá que el Asegurado recurra para el tratamiento de su enfermedad terminal, a un establecimiento que se encuentre habilitado legalmente para funcionar y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado. El costo de estas pruebas deberán ser asumidas por el Asegurado.

- c) Anuencia a ser diagnosticado por médicos designados por SEGUROS AFIRME; el costo de estos exámenes médicos estarán a cargo de la aseguradora.

2. DE SEGUROS AFIRME- PLAZO PARA EVALUACION DE PRUEBAS.

SEGUROS AFIRME dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 1 del capítulo I no resultaren concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, SEGUROS AFIRME podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación por parte de SEGUROS AFIRME dentro del plazo establecido, significará Automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'X' and various initials like 'a', 'H', 'f', 'p', and 'D']

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and initials like 'D' and '20']

3. MEDIACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los quince (15) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del decimoquinto día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación de la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

RESPUESTA: NO ES POSIBLE PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN.

22. Solicitamos a la convocante nos informe si nos aceptan los estados financieros solicitado de enero a noviembre del 2015, favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: SI.

23. Solicitamos a la convocante nos informe si todos los cambios que resulten de la junta de aclaraciones, van a estar contempladas en las propuestas, favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: SI.

24. Solicitamos a la convocante nos informe si en la propuesta técnica va a ir incluida nuestras condiciones generales.

RESPUESTA: SI.

25. Solicitamos a la convocante nos informe si en la propuesta técnica, vamos a incluir la relación del personal, favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: NO.

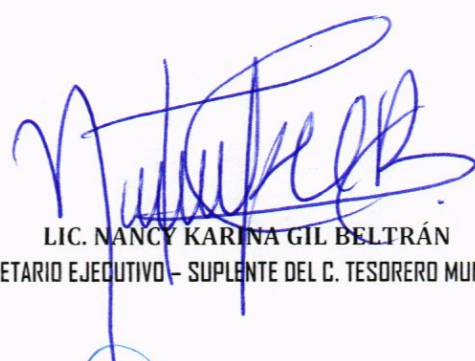
Las presentes aclaraciones a las bases para la licitación identificada con el número **O.M.-01/16**, tendrán efectos generales y obligatorios para todos los participantes en la misma, aún y cuando no hallan comparecido a la presente junta de aclaraciones, debiendo considerar lo aquí asentado para la elaboración de sus propuestas.

Firman el presente documento las personas que intervinieron en el acto el día de su fecha, haciéndose entrega de copia de la misma a cada uno de los presentes.

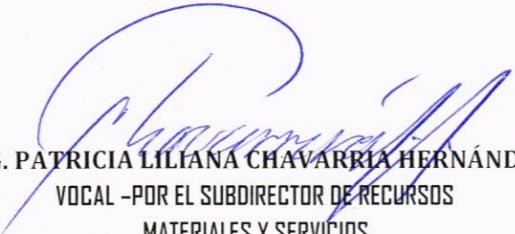
COMITÉ DE COMPRAS DEL MUNICIPIO DE CHIHUAHUA



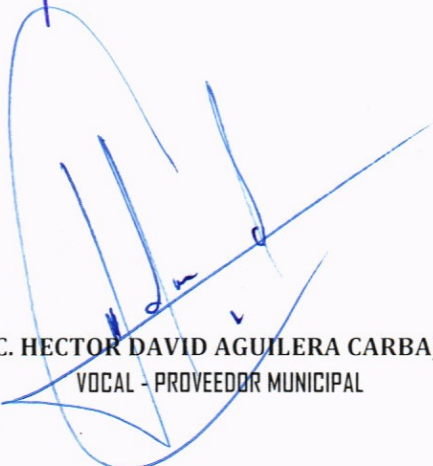
LIC. GILBERTO M. DE LOS RÍOS MENDOZA
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE COMPRAS - OFICIAL MAYOR



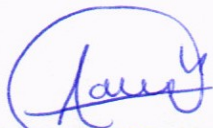
LIC. NANCY KARINA GIL BELTRÁN
SECRETARIO EJECUTIVO - SUPLENTE DEL C. TESORERO MUNICIPAL



ING. PATRICIA LILIANA CHAVARRÍA HERNÁNDEZ
VOCAL - POR EL SUBDIRECTOR DE RECURSOS
MATERIALES Y SERVICIOS



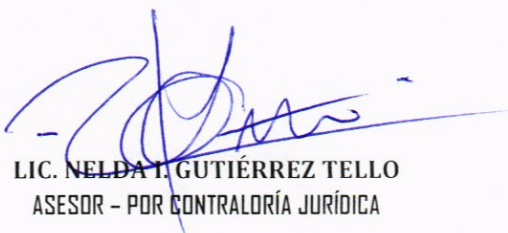
LIC. HECTOR DAVID AGUILERA CARBAJAL
VOCAL - PROVEEDOR MUNICIPAL



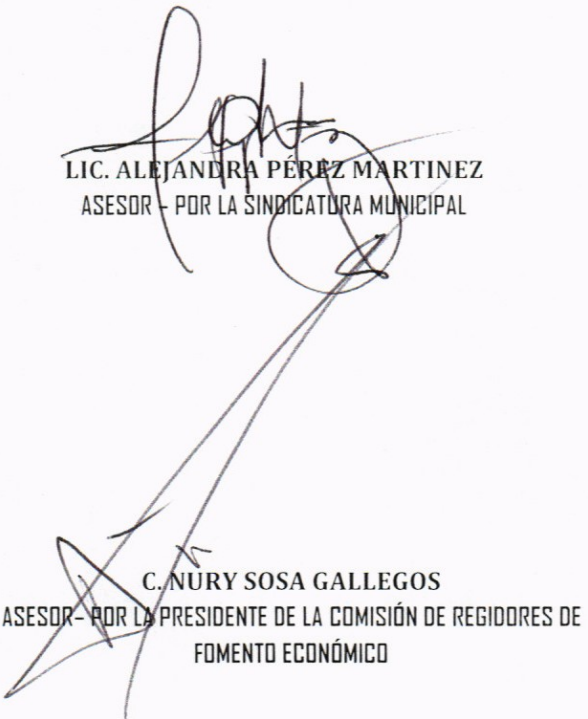
LIC. ARACELI IVONNE ARBALLO DÍAZ
VOCAL - POR LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS



LIC. ALEJANDRA PÉREZ MARTÍNEZ
ASESOR - POR LA SINDICATURA MUNICIPAL



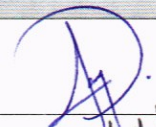
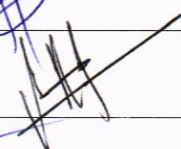
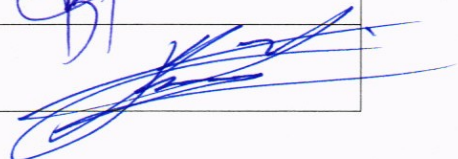
LIC. NELDA I. GUTIÉRREZ TELLO
ASESOR - POR CONTRALORÍA JURÍDICA



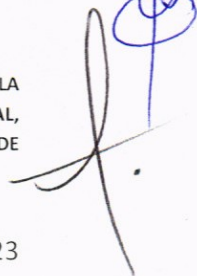
C. NURY SOSA GALLEGOS
ASESOR - POR LA PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE REGIDORES DE
FOMENTO ECONÓMICO


LIC. SAMUEL MARTÍNEZ FERNÁNDEZ
INVITADO POR LA UNIDAD JURÍDICA DE OFICIALÍA MAYOR

Por los participantes asistentes:

NOMBRE O DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ASISTE	FIRMA
METLIFE MÉXICO S.A.	Jesús J. Uranga	
SEGUROS ARGOS S.A. DE C.V.	José A. Orozco	
ACE SEGUROS S.A.	Blanca B. Cercantes I.	
SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V.	Raúl Trojillo	

LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN PERTENECEN A LA JUNTA DE ACLARACIONES DE LA LICITACIÓN PÚBLICA O.M.-01/16, RELATIVA A LA ADQUISICIÓN DE PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA PARA PERSONAL OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN DE SEGURIDAD PÚBLICA MUNICIPAL, SOLICITADA POR LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS, DEPENDIENTE DE LA OFICIALÍA MAYOR DEL MUNICIPIO DE CHIHUAHUA, DE FECHA 12 (DOCE) DE ENERO DE 2016.

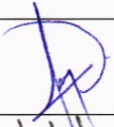
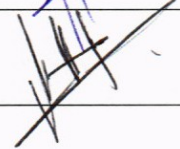




LISTA DE ASISTENCIA A LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL **PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA No. OM-01/16** (RELATIVA A LA ADQUISICIÓN DE PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA PARA PERSONAL OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN DE SEGURIDAD PÚBLICA MUNICIPAL, SOLICITADA POR LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS, DEPENDIENTE DE OFICIALÍA MAYOR.) **A LAS 10:00 HORAS, 13 DE ENERO DE 2016.**

MIEMBROS DEL COMITÉ DE COMPRAS				
NOMBRE	PUESTO	FIRMA	SUPLENTE Y/O INVITADO	FIRMA
C.P. DAVID HEURICO ONTIVEROS ROMAN	OFICIAL MAYOR PRESIDENTE DEL COMITÉ		GIL DE LOS RIOS	
LIC. RICARDO MEJÍA BORJA REY	TESORERO MUNICIPAL SECRETARIO EJECUTIVO		Lic. Nancy Karina Gil Beltrán	
LIC. ARMANDO HOLGUÍN CORDOVA	SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS VOCAL		Patricia Liliana Chavarria Hdez.	
C.P. GUADALUPE MUÑOZ CARREÓN	COORDINADORA DE CONTROL Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS			
LIC. HECTOR DAVID AGUILERA CARBAJAL	PROVEEDOR MUNICIPAL VOCAL			
LIC. ENRIQUE CARLOS VALLES ZAVALA	DIRECTOR DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN ASESOR			
LIC. ERICK ALBERTO PARADA DÍAZ	CONTRALOR JURÍDICO ASESOR		Nelda Guibeny Tello	
LIC. HÉCTOR ELÍAS BARRAZA CHÁVEZ	SINDICO DEL H. AYUNTAMIENTO ASESOR		Lic. Alejandra Pérez Martínez	
LIC. ANDRÉS ALFREDO PÉREZ HOWLET	PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE REGIDORES DE HACIENDA Y PLANEACIÓN ASESOR			
C. JACOBO MESTA FITZMAURICE	PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE REGIDORES DE FOMENTO ECONÓMICO ASESOR		Nury Josa Gallegos	
ING. ENRIQUE ALEJANDRO SANTOYO NEVAREZ	SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS		Araceli Arballo	
LIC. EVER FABIAN SANCHEZ DIAZ	JEFE DE LA UNIDAD JURÍDICA DE OFICIALÍA MAYOR		Samuel Utrilla Flores	

POR LOS CONCURSANTES:

NOMBRE O DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ASISTE	FIRMA
GRUPO NACIONAL PROVINCIAL S.A.B.		
METLIFE MÉXICO S.A.	Jesús Uranga	
SEGUROS ARGOS S.A. DE C.V.	José Alfredo Orozco Olivas	
ACE SEGUROS S.A.	Blanca B. Cerceres Islas	
SEGUROS AFIRME S.A. DE C.V.	Raúl A. Trujillo Venzor	

**AFIRME****Seguros**

Ave. Ocampo 220 Pte
Col. Centro CP 64000
Monterrey, NL

T (81) 8318 3800
www.afirme.com.mx

01 800 SEGURO 1

Chihuahua Chih 12 de ENERO del 2015

**Municipio de Chihuahua
Comité de compras
Oficialia Mayor
Chihuahua, Chih.**

LICITACIÓN PÚBLICA OM-01/16

**SEGURO DE VIDA PARA PERSONAL OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN DE SEGURIDAD
PÚBLICA MUNICIPAL**

1. Solicitamos a la convocante nos informe el número de participantes
2. Solicitamos a la convocante nos proporcione la siniestralidad de los últimos 3 años
3. Solicitamos a a convocante si hay siniestros pendientes de declarar.
4. La edad de aceptación para la cobertura Básica (Fallecimiento) que se tiene registrado ante la CNSF es hasta 70 años, favor de aclararnos si es motivo de descalificación el no cotizar a las personas mayores de esas edad. Favor de pronunciarse al respecto.
5. La edad de aceptación para la cobertura de Accidentes que se tiene registrado ante la CNSF es hasta 69 años con cancelación a los 70 años. Favor e aclararnos si es motivo de descalificación el solo cotizar cobertura básica para las personas de estas edades, Favor de pronunciarse al respecto.
6. Favor de informar la Suma Asegurada Máxima Sin Examen Médico que se tiene actualmente para esta Partida, o bien, cuál es la Suma Asegurada Máxima que se acepta en automático por persona. Favor de pronunciarse al respecto.
7. Se le solicita amablemente a la convocante proporcionar la Base de datos en formato de Excel que contenga mínimo los siguientes datos:
 - Nombre del Participante
 - Fecha de Nacimiento o RFC
 - Sexo
 - Regla de suma asegurada
 - Puesto
 - Estatus del empleado (activo, incapacitado, de vacaciones)
8. Se le solicita a la convocante confirmar que todos los participantes de la partida se encuentran en servicio activo, es decir que se excluyen a los empleados que se encuentren Pensionados, Jubilados, en proceso o estado de invalidez. Favor de pronunciarse al respecto
9. En caso contrario a la pregunta anterior, solicitamos amablemente a la convocante indicar ¿Cuántos? y, ¿Quiénes son?.
10. Favor de indicar si dentro del listado para la partida están incluyendo al personal incapacitado y con licencia médica, de ser afirmativa indicar Cuántos? y ¿Quiénes son?
11. Favor de confirmar que el pago de la póliza será pagada de forma Anual.
12. Se le informa a la convocante que para la forma de pago Fraccionado se le aplica un Recargo. Favor de pronunciarse al respecto.

13. Se le solicita a la convocante confirmar que la convocante resguardará la designación de beneficiarios requisitados por los asegurados y en caso de presentarse la eventualidad prevista en el contrato enviará el original de la designación de beneficiarios haciendo constar que es la última que elaboró el asegurado. Favor de pronunciarse al respecto.
14. **CONSENTIMIENTOS:** deberán ser recabados por el contratante, debidamente llenados y firmados por los asegurados y entregados a la compañía adjudicada al momento de ocurrir el evento cubierto o a petición de la aseguradora a efectos de cumplir en la custodia, tiempo y forma con lo establecido en el reglamento del seguro de grupo para la operación de vida y del seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades., así como con los requerimientos de información establecidos por la cnsf en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables. Favor de pronunciarse al respecto.
15. Sugerimos a la Convocante la siguiente documentación para realizar la reclamación de las siguientes coberturas. Favor de pronunciarse al respecto:

Fallecimiento

- Consentimiento original firmado por el Asegurado
- Original o copia certificada del Acta de defunción
- Copia del Certificado de Defunción
- Original o copia certificada del Acta de Nacimiento del asegurado
- Declaración requisitada por el o los beneficiarios
- Declaración requisitada por el médico que atendió al asegurado durante su enfermedad, o bien, el que extendió el Acta de Defunción
- Si el beneficiario es el cónyuge, original del Acta de Matrimonio
- Para cualquier otro beneficiario, original o copia certificada del Acta de Nacimiento.
- En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, Carta Notariada de Patria Potestad
- Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado y Beneficiario(s)
- Ultimo recibo de nómina firmado por el asegurado, cuota pagada a la asociación o cualquier otro documento que indique la pertenencia del asegurado a la colectividad y/o poder determinar la suma asegurada alcanzada por el asegurado a la fecha del siniestro
- Comprobante de Domicilio del (los) beneficiario(s) no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.
- Historial clínico completo, en caso de fallecimiento por alguna enfermedad, dentro de los primeros 12(doce) meses de asegurado

En caso de muerte accidental, las averiguaciones del Ministerio Público deben estar integradas por lo siguiente: la Averiguación Previa, Identificación del Cadáver, Necropsia, Parte del Tránsito en caso de Accidente Automovilístico, Exámenes Toxicológicos y Conclusiones.

16. Favor de confirmar que la forma de administración de la póliza es AUTOADMINISTRADA con Ajuste Anual al final de la Vigencia.
17. Independientemente de la forma de Administración el Contratante se obliga a reportar los movimientos de altas y bajas periódicamente (mensual). Lo anterior es para dar cumplimiento al Artículo 15 del REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES. Favor de pronunciarse al respecto.
18. Se le solicita a la Convocante confirmar que nos proporcionarán listado actualizado al finalizar la Vigencia con el objetivo de realizar el Ajuste anual de Primas por los movimientos de Altas y Bajas.

**AFIRME****Seguros**Ave. Ocampo 220 Pte
Col. Centro CP 64000
Monterrey, NLT (81) 8318 3800
www.afirme.com.mx**01 800 SEGURO 1**

19. Se le solicita amablemente a la convocante confirmar que la propuesta es SIN DIVIDENDOS
20. Favor de ratificar que para todos aquellos conceptos no descritos en las Bases de la presente licitación y la Junta de Aclaraciones, operaran las condiciones generales de la compañía adjudicada prevaleciendo las condiciones particulares solicitadas por el contratante. Favor de pronunciarse al respecto.
21. Con respecto al beneficio de anticipo de suma asegurada para enfermedades terminales favor de confirmar si podemos utilizar el siguiente concepto:

Anexo "C"

**ENDOSO DE ADELANTO DE SUMA ASEGURADA
POR ENFERMEDAD TERMINAL**

Por medio del presente Endoso, el cual es adherido y formando parte integrante de la póliza, SEGUROS Afirme concederá el beneficio que acuerda otorgar mediante este Endoso Especial, cuando el Asegurado haya sido diagnosticado, por primera vez, con una enfermedad terminal; siempre que tal enfermedad terminal hubiere iniciado durante la vigencia del seguro y antes de cumplir los sesenta y cinco (65) años de edad.

CAPÍTULO I. DEFINICIONES

I. ENFERMEDAD TERMINAL

Se entenderá por Enfermedad Terminal, cualquier padecimiento de carácter progresivo, irreversible e incurable, que se encuentre en estado avanzado y conlleve irremediablemente a que el pronóstico de vida del Asegurado, sea inferior o igual a seis (6) meses, al no existir tratamiento médico o procedimientos quirúrgicos curativos.

CAPÍTULO II. COBERTURA

I. BENEFICIO DE ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL

El Asegurado o su Representante Legal tendrán derecho a solicitar a SEGUROS AFIRME, \$25,000.00 como anticipo de la Suma Asegurada a ser indemnizada en caso de Muerte del Asegurado según Cobertura Básica de Muerte prescrita en las Condiciones Particulares de la Póliza; siempre que se le haya diagnosticado, por primera vez, una Enfermedad Terminal y que dicho diagnóstico se haya realizado en fecha posterior a 6 (seis) meses de contratación de su Póliza.

Este beneficio será aplicable solamente a aquellas enfermedades terminales diagnosticadas por primera vez y en fecha posterior a la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Ningún beneficio se pagará si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de las fechas anteriormente mencionadas.

Efectuado el diagnóstico de la enfermedad terminal cubierta por esta Cláusula, el Capital Asegurado por muerte no podrá aumentarse posteriormente por ninguna causa. El anticipo será entregado al Asegurado o a su Representante Legal, en un período máximo de 30 días calendarios posteriores a haber facilitado a SEGUROS AFIRME y esté comprobada, la totalidad de la documentación que la Póliza requiere para tales efectos.

**AFIRME****Seguros**

Ave. Ocampo 220 Pte
Col. Centro CP 64000
Monterrey, NL

T (81) 8318 3800
www.afirme.com.mx

01 800 SEGURO 1

En caso de muerte, el monto otorgado por el Beneficio de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, será disminuido de la suma asegurada a la que tendría derecho el asegurado.

2. RIESGOS NO CUBIERTOS.

SEGUROS AFIRME no anticipará ninguna indemnización cuando la enfermedad terminal sea consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado;
- b) Si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado;
- e) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes;
- d) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilicitas;
- e) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV de Inmuno Deficiencia Humana;
- f) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares;

3. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO.

El Beneficio por Enfermedad Terminal, se otorga una vez y concluye cuando:

- a) Al caducar la póliza por cualquier causa.
- b) Si el beneficio de anticipo de suma asegurada está anexado a pólizas de vida temporal es mayores a un año o vitalicias, el monto otorgado por el Beneficio de Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, será disminuido de los Valores Garantizados, a los que tendría derecho el Asegurado.

CAPÍTULO 111. OBLIGACIONES

I. DEL ASEGURADO- COMPROBACIÓN DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Corresponde al Asegurado o a su representante:

- a) Denunciar la existencia de la enfermedad terminal.
- b) Dentro de los siete días subsiguientes al diagnóstico, El Asegurado, deberá proveer las pruebas satisfactorias a SEGUROS AFIRME que demuestren su Enfermedad Terminal cuya expectativa de vida sea de corto plazo, a partir del día de la presentación de la solicitud del beneficio.

Estas pruebas deberán incluir las constancias médicas necesarias, el diagnóstico (dictamen médico), realizadas por un profesional médico autorizado legalmente en la patología específica, así como copia de todos los exámenes auxiliares de diagnóstico que fundamentan el dictamen médico.

El médico que extienda tal certificación no podrá ser el mismo Asegurado; ni su cónyuge; ni un miembro cercano de su familia; hasta tercer grado de consanguinidad y afinidad; ni una persona que conviva con él bajo el mismo techo.

Asimismo, se requerirá que el Asegurado recurra para el tratamiento de su enfermedad terminal, a un establecimiento que se encuentre habilitado legalmente para funcionar y autorizado por éste, a dar asistencia y tratamiento clínico al tipo de enfermedad padecida por el Asegurado. El costo de estas pruebas deberán ser asumidas por el Asegurado.

- c) Anuencia a ser diagnosticado por médicos designados por SEGUROS AFIRME; el costo de estos exámenes médicos estarán a cargo de la aseguradora.

2. DE SEGUROS AFIRME- PLAZO PARA EVALUACION DE PRUEBAS.

SEGUROS AFIRME dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere el punto 1 del capítulo II no resultaren concluyentes en cuanto al carácter de la enfermedad, SEGUROS AFIRME podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación por parte de SEGUROS AFIRME dentro del plazo establecido, significará Automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

3. MEDIACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.

Si no hubiere acuerdo entre las partes sobre la existencia o persistencia, carácter y grado de la enfermedad serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los quince (15) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiera designar médico dentro del decimoquinto día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera electo en el plazo establecido en el párrafo anterior, la parte más diligente previa intimación de la otra, procederá a su designación.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo, y los del tercer médico serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

22. Solicitamos a la convocante nos informe si nos aceptan el los estados financieros solicitado de enero a noviembre del 2015, favor de pronunciarse al respecto.

23. Solicitamos a la convocante nos informe si todos los cambios que resulten de la junta de aclaraciones, van a estar contempladas en las propuestas, favor de pronunciarse al respecto.

24. Solicitamos a la convocante nos informe si en las propuesta técnica va a ir incluida nuestras condicione generales.

25. Solicitamos a la convocante nos informe si en la propuesta técnica, vamos a incluir la relación del personal, favor de pronunciarse al respecto.

Agradeciendo de antemano su atención, esperamos vernos favorecidos con sus amables comentarios.

Atentamente.-

Lic Raul Alfredo Trujillo Venzor
Subdirector Ventas chihuahua
Tel (614) 432 62 10 al 17

ACE SEGUROS S.A.

LICITACIÓN PÚBLICA O.M.-01/16

PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA PARA EL PERSONAL QUE LABORA COMO OPERATIVO EN LA DIRECCIÓN DE SEGURIDAD PUBLICA MUNICIPAL

PREGUNTAS

- 1.- EN CASO DE QUE MI REPRESENTADA NO ACREDITE SU PERSONALIDAD PREVIO A LA APERTURA Y ESTA ES ACREDITADA EN EL ACTO DE PRESENTACIÓN LES PIDO NOS INFORMEN SI SERÍA NECESARIO FIRMAR CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA ACREDITACIÓN DE PERSONALIDAD Y EN CASO DE QUE SU RESPUESTA SEA AFIRMATIVA LES PIDO NOS AUTORIZEN FIRMAR LAS COPIAS SIMPLES.
- 2.- LES PEDIMOS DE FAVOR NOS ENLISTEN TODAS LAS COBERTURAS DESEADAS YA QUE ESTAS DIFIEREN ENTRE EL ANEXO 4 Y EL ANEXO 5.
- 3.- LES PEDIMOS DE FAVOR NOS ENLISTEN TODAS LAS COBERTURAS CON LAS QUE ACTUALMENTE CUENTAN EN LA PÓLIZA VIGENTE.
- 4.- LES SOLICITAMOS DE LA MANERA MAS ATENTA NOS INDIQUEN SI LA PÓLIZA ACTUALMENTE OPERA A DETALLE O NORMAL (INFORME DE ALTAS Y BAJAS AL MOMENTO QUE SE GENEREN CON SUS RESPECTIVOS COBROS O DEVOLUCIONES) O ES AUTO ADMINISTRADA (AL FINAL DE LA VIGENCIA SE REPORTAN LAS ALTAS Y BAJAS DE TODO EL AÑO Y HASTA ENTONCES SE REALIZA EL AJUSTE DE PRIMAS A LA ALTA O BAJA SEGÚN SEA EL CASO).

5.- DE IGUAL FORMA LES PEDIMOS NOS ACLAREN DE QUE MANERA DEBERÁ OPERAR LA PÓLIZA QUE DESEAN CONTRATAR, A DETALLE / NORMAL O AUTO ADMINISTRADA.

6.- EN CUANTO AL PUNTO No 16 DE LAS BASES LES PIDO DE LA MANERA MAS ATENTA NOS INFORMEN SI ESTE PUNTO SERÍA INVALIDADO EN CASO DE TENER UN ALTA EN EL NUMERO DE ASEGURADOS QUE SUPEREN EL 5% DE LA PRIMA ORIGINAL O SI REQUIEREN DE ALTAS POSTERIORES A LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIGENCIA.

7.- FAVOR DE PROPORCIONAL EL LISTADO DEL PERSONAL QUE DESEAN ASEGURAR CON LA SIGUIENTE DESCRIPCIÓN: NOMBRE COMPLETO CON APELLIDOS, FECHA DE NACIMIENTO O RFC, GÉNERO (MASCULINO O FEMENINO) Y PUESTO DESEMPEÑADO.

8.- FAVOR DE PROPORCIONARNOS LA SINIESTRALIDAD DETALLADA DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS INDICANDO MONTO PAGADO, NOMBRE Y COBERTURA AFECTADA.

9.- SOLICITAMOS AMABLEMENTE NOS CONFIRMEN SI LA PARTICIPACIÓN ES MANDATORIA Y SI EL PERSONAL A ASEGURARA PARTICIPARA EN EL PAGO DE LA PRIMA O SI LA PARTICIPACIÓN SERA VOLUNTARIA.

10.- FAVOR DE INDICARNOS LA FORMA DE PAGO DESEADA PARA LA PÓLIZA.

11.- FAVOR DE INDICARNOS LA ELEGIBILIDAD DE LA CUENTA, SI ES PARA TODO EL PERSONAL OPERATIVO O INCLUIRÁ TAMBIÉN PERSONAL CON OTRAS FUNCIONES.

ATENTAMENTE

JUAN ALEJANDRO PIÑON PEREA
ACE SEGUROS SA

AYUNTAMIENTO DE CHIHUAHUA
LICITACION PUBLICA No. O.M.- 01/16
RELATIVA A LA ADQUISICION DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA EL PERSONAL OPERATIVO DE LA
DIRECCION DE SEGURIDAD PUBLICA MUNICIPAL, EJERCICIO FISCAL 2016.

C. _ESTEBAN LEON LARA_, EN MI CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA SEGUROS ARGOS, S. A. DE C. V. ME PERMITO ENVIAR A SU ATENCIÓN LAS PREGUNTAS FORMULADAS POR MI REPRESENTADA PARA QUE SEAN CONSIDERADAS EN LA JUNTA DE ACLARACIONES A LA LICITACION PUBLICA No. O.M.- 01/16 RELATIVA A LA ADQUISICION DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA EL PERSONAL OPERATIVO DE LA DIRECCION DE SEGURIDAD PÚBLICA MUNICIPAL, EJERCICIO FISCAL 2016.

1. Favor de ratificar que para todas aquellas condiciones no establecidas o especificadas en las bases de la presente licitación, operaran de acuerdo a las condiciones generales de Seguros Argos, S. A. De C. V., prevaleciendo las condiciones particulares solicitadas por el contratante. Favor de pronunciarse al respecto.
2. En alcance a la pregunta anterior, favor de confirmar que podremos incluir nuestras condiciones generales autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, junto con las Cláusulas de Prelación y No Adhesión, favor de confirmar.
3. Estamos en el entendido de que para el presente concurso la propuesta técnica y económica se podrá presentar en formato libre, respetando lo solicitado en las bases y anexos técnico y económico así como las modificaciones que resulten de la junta de aclaraciones favor de pronunciarse al respecto.
4. Favor de proporcionar la relación de la colectividad a asegurar, incluyendo nombre del asegurado, RFC. o fecha de nacimiento, sueldo mensual y actividad, favor de pronunciarse al respecto.
5. Se solicita a la convocante indicar cuáles son los puestos que corresponden al personal operativo de la Dirección de Seguridad Pública
6. Se solicita a la convocante indicar si el anticipo de suma asegurada para gastos funerarios será por \$ 50,000.00 y estos serán deducidos del pago de suma asegurada por fallecimiento que deberá ser de \$ 130,000.00.
7. Se solicita a la convocante señalar si estarán en posibilidades de apegarse al cumplimiento de los requisitos que se tengan definidos para la reclamación de suma asegurada establecidos por esta Compañía de Seguros
8. Que señale la convocante si el formato de Certificado-Consentimiento se requisitará por su personal operativo en formato proporcionado por la Aseguradora adjudicada
9. Que señale la convocante si actualmente cuenta con siniestros ocurridos y pendientes por reclamar, favor de pronunciarse al respecto
10. Que señale la convocante cuál es la Institución que presta los servicios médicos a su personal operativo y si dicha Institución otorgará la información médica necesaria para



contar con todas las bases que permitan a la empresa Aseguradora dictaminar los siniestros

11. Que indique la convocante que si no existen recursos presupuestarios suficientes para pagar la prima, la póliza cesará en sus efectos de conformidad con lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley sobre el contrato de seguro.
12. Preguntar a la convocante cual es el tratamiento de los formatos de consentimiento. ¿Se firmarán nuevos consentimientos y designaciones de beneficiario? ¿Se tiene que reconocer los que se tengan con la aseguradora con la que actualmente tengan celebrada la póliza?
13. Que confirme la convocante, que la póliza actual es auto-administrada
14. Que se precise que la prima será pagada en su totalidad por la convocante, es decir, que no habrá contribución por parte de los asegurados al pago de la prima
15. Que precise la convocante si ésta es la responsable de remitir los formatos de consentimiento y designación de beneficiarios a la aseguradora de todos y cada uno de los asegurados.
16. Favor de confirmar si únicamente será cubierto el personal en activo y que no se encuentre en proceso de invalidez o incapacidad, favor de pronunciarse.
17. Amablemente solicitamos a la convocante nos proporcionen en formato de Word, la junta de aclaraciones y las bases con sus anexos, favor de pronunciarse al respecto.
18. Se solicita a la convocante nos proporcione en formato Word las circulares aclaratorias que hubieran en el proceso, que sean enviadas al siguiente correo electrónico gcaraveo@segurosargos.com, favor de confirmar.
19. Solicitamos nos informen, cuál sería la forma de pago de la prima.
20. Solicitamos a la convocante nos informe quien sería el responsable de recabar los consentimientos y certificados de designación de beneficiarios
21. Favor de pronunciarse al respecto referente a que se sujetaran a nuestros procesos y requisitos de reclamación de siniestros.

Atentamente.



Esteban Leon Lara
Representante Legal
Seguros Argos, S. A. de C. V.