



CONCURSO 009/2014
CONCURSO POR INVITACION A PROVEEDORES INSCRITOS EN EL
PADRON DEL MUNICIPIO DE ZAPOTLAN EL GRANDE JALISCO.
ADQUISICIÓN DE PÓLIZAS DE SEGURO DE GASTOS MEDICOS PARA
REGIDORES H. AYUNTAMIENTO DE ZAPOTLÁN EL GRANDE, JALISCO, ASÍ
COMO DEPENDIENTES.

ANEXO 7
CONTESTACION A CUESTIONARIO DE
ACLARACIONES

NOMBRE ó RAZON SOCIAL: SEGUROS ATLAS, S.A.
NOMBRE DEL PARTICIPANTE O REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO:
JOSE FABIAN CHAVARIN SALAZAR

1. 8.1 Documentos integrantes de la proposición, inciso b favor de confirmar que de los siguientes documentos solo es necesario presentar copia simple y que solo el licitante adjudicado presentara original o copia certificada de dichos documentos:
- a. acta constitutiva
 - b. del poder que acredita legalmente al representante legal de la compañía que firma
 - c. de la identificación oficial del representante acreditado
 - d. de la cedula del registro federal de contribuyentes
 - e. del comprobante de domicilio

R: ES CORRECTA SU APRECIACION

2. Especificaciones técnicas, vigencia favor de confirmar que el periodo de 12 meses inicia a las 12:00 horas del 01 de septiembre de 2014 y termina a las 12:00 horas del día 31 de agosto del 2015

3. 31. Forma de pago favor de confirmar que el pago será trimestral en una póliza anual.

R: ES CORRECTA SU APRECIACION

4. 12. Documentos que demuestren la conformidad de los servicios con los solicitados en las bases del concurso indican que se podrá establecer en las ofertas, características, accesorios y especificaciones adicionales, siempre y cuando se apeguen al menos a estas bases del concurso. favor de confirmar que cumplimos con accesorios y especificaciones anexando las condiciones

generales del seguro de vida con su respectiva cláusula de prelación.

R: APEGARSE A BASES

5. 13. Periodo de validez de la proposición favor de indicar si deberemos de presentar escrito con el periodo de validez de la proposición. en caso de ser necesario favor de indicar en que sobre debemos de integrar el escrito.

R: INCLUIR EN EL SOBRE DE PROPUESTA TECNICA

6. Solicitamos a la convocante nos proporcione el listado de asegurados, en archivo de Excel, al detalle por categorías con al menos los siguientes datos: nombre completo del asegurado, parentesco (titular, cónyuge, hijos), fecha de nacimiento o rfc con formato unificado, estado civil, sexo, fecha de ingreso o de antigüedad en la póliza de gmm.

R: SE ANEXA AL PRESENTE EL LISTADO CON LA INFORMACION SOLICITADA.

7. Se solicita a la convocante aclarar si la póliza de gmm será contratada como una prestación para dependientes económicos (cónyuge, hijo(a)) del asegurado y será pagada en su totalidad por el contratante sin participación alguna de los asegurados.

R: LA POLIZA SERA CUBIERTA LA 100% CON RECURSOS ,MUNICIPALES

8. Solicitamos a la convocante enviar el reporte de siniestralidad, de la vigencia que está por terminar, en la que al menos se incluyan los siguientes datos: periodo reportado, nombre del afectado, numero de siniestro, padecimiento, fecha de reclamación, fecha de pago, y monto pagado.

R: NO CONTAMOS CON DICHA INFORMACION.

9. Solicitamos a la convocante enviar el reporte de siniestralidad, de la vigencia de 2012-2013 en la que al menos se incluyan los siguientes datos: periodo reportado, nombre del afectado, numero de siniestro, padecimiento, fecha de reclamación, fecha de pago, y monto pagado.

R: NO SE CONTABA CON SEGURO DE GASTOS MEDICOS EN ESE AÑO

10. Solicitamos a la convocante enviar el reporte de siniestralidad, de la vigencia de 2011-2012 en la que al menos se incluyan los siguientes datos: periodo reportado, nombre del afectado, numero de siniestro, padecimiento, fecha de reclamación, fecha de pago, y monto pagado.

R: NO SE CONTABA CON SEGURO DE GASTOS MEDICOS EN ESE AÑO

11. Se solicita a la convocante aclarar si el monto reportado como pagado incluye IVA.

R: NO CONTAMOS CON DICHA INFORMACION.

12. Solicitamos a la convocante aclarar si en los reportes de siniestralidad que



proporcionarán de las últimas 3 vigencias, se incluyen los siniestros pendientes de pago.

R: NO CONTAMOS CON DICHA INFORMACION

13. En caso de que la pregunta anterior sea negativa, solicitamos a la convocante anexar el reporte correspondiente de siniestros pendientes de pago indicando el periodo reportado, nombre del afectado, padecimiento, fecha de reclamación y monto pendiente de pago.

R: NO CONTAMOS CON DICHA INFORMACION

14. Se entiende que dentro de la póliza de gmm no se asegurará personal jubilado, pensionado, con licencias médicas o personal con algún otro tipo de estatus. favor de confirmar.

R: SE ACLARA QUE ESTA POLIZA ES UNICAMENTE PARA REGIDORES Y DEPENDIENTES.

15. Favor de indicar si en la siniestralidad que se presentara de las últimas tres vigencias se reporta la siniestralidad de los dependientes económicos (cónyuges, hijos), en caso de no ser así favor de enviar el reporte correspondiente.

R: NO CONTAMOS CON DICHA INFORMACION

16. Solicitamos a la convocante proporcionar las condiciones actuales de la cláusula de conversión que se tiene contratada en la vigencia que está por terminar.

- suma asegurada máxima por persona
- deducible
- coaseguro

R: LAS CONDICIONES ACTUALES SON IGUALES A LAS QUE SOLICITAMOS EN BASES.

17. Se solicita a la convocante indicar si en la vigencia que está por terminar se tienen contratadas las coberturas bajo los mismos términos con que ahora se solicitan, en su caso indicar cuáles de ellas se están modificando, indicando en qué se modifica cada una.

R: LAS CONDICIONES SON IGUALES UNICAMENTE EN ESTA OCACION SE ESTA OMITIENDO LA CONTRATACION DE LAS SIGUIENTES COBERTURAS: COBERTURA DE MUERTE ACIDENTAL Y COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS.

18. Favor de indicar que otras coberturas se están incluyendo en la vigencia 2014, que en la vigencia que está por terminar no se encontraban amparadas.

R: NINGUNA

19. Favor de especificar en qué coberturas se están incrementando los límites y condiciones contratadas en relación a la vigencia que está por terminar.

R: NINGUNA

20. Solicitamos a la convocante aclarar que para la cobertura de parto normal y cesárea estarán cubiertas las aseguradas titulares o cónyuges menores de



45 años o hijas solteras con edad entre 20 de 24 años, sin periodo de espera.
R: CONTARRA CON PERIDO DE ESPERA DE 10 MESES.

21. Se solicita a la convocante indicar que el alta para los recién nacidos deberá hacerse dentro de los primeros 30 días de nacidos.

R: ES CORRECTA SU APRECIACION

22. En la intención de respetar el alcance de cada cobertura solicitamos a la convocante nos indique bajo qué términos se tienen cubiertas en la vigencia que está por terminar.

- parto normal
- emergencia en el extranjero
- cesárea
- padecimientos congénitos
- reconocimiento de antigüedad

R: PARTO NORMAL: AMPARADA.

EMERGENCIA EN EL EXTRAJERO: AMPARADA POR 50,000.00 USD.

CESAREA: AMPARADA.

PADECIMIENTOS CONGENITOS: AMPARADA

EN RECONOCIMINETO DE ANTIGÜEDAD: SE RECONOCERA LA ANTIGÜEDAD DE LOS ASEGURADOS QUE HAYAN ESTADO CUBIERTOS CONTINUAMENTE MEDIANTE UNA PLOIZA DE GRUPO INDIVIDUAL, EXEPTO SIDA.

23. favor de aclarar si será necesaria la presentación de las tarifas por rango de edad y sexo.

R: ES CORRECTA SU APRECIACION

24. Favor de confirmar que para todo aquello no especificado en las presentes bases, aplicaran las condiciones generales y exclusiones del seguro de gastos médicos mayores de cada aseguradora, incluyendo la cláusula de prelación, donde se aclara que las coberturas contratadas tienen prelación sobre las condiciones generales de la compañía.

R: ES CORRECTA SU APRECIACION.

NOMBRE ó RAZON SOCIAL: SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE

NOMBRE DEL PARTICIPANTE O REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO: ALFONSO RAFAEL NAVARRO LEON

1. Amablemente solicitamos la convocante entregar en archivo Excel el detalle de asegurados, en el que se indique la fecha de nacimiento, sexo y antigüedad en la colectividad de cada participante. **Favor de pronunciarse al respecto.**



R: SE ANEXA ARCHIVO CON LA INFORMACION SOLICITADA

2. Para una correcta apreciación del riesgo, amablemente solicitamos a la convocante informar la siniestralidad de las últimas 3 vigencias, detallando el periodo que abarca la siniestralidad reportada y de cada siniestro: número de siniestro, nombre del afectado, fecha de nacimiento, fecha del siniestro, fecha de reclamado, padecimiento, monto pagado y suma asegurada en vigor al momento del siniestro. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: NO CONTAMOS CON DICHA INFORMACION.

3. Para una correcta apreciación del riesgo, amablemente solicitamos a la convocante informar el número de asegurados en las últimas 3 vigencia y las Coberturas, Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro contratado. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: SOLO SE CUENTA CON INFORMACION DE LA ULTIMA VIGENCIA(2013-2014)

SUMA ASEGURADA 800 SMGMDF

DEDUCIBLE: \$ 5, 000 MXP

COASEGURO: 10% S.A.

4. Amablemente solicitamos a la convocante confirmar que para todas las condiciones no establecidas o especificadas en el presente concurso, operarán de acuerdo a las condiciones generales de mi representada, siempre y cuando no demeriten las solicitadas en las bases ni contravengan a las disposiciones legales vigentes. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: ES CORRECTA SU APRECIACION.

5. Amablemente solicitamos a la convocante confirmar que la suma asegurada aplicable a toda la colectividad es de 800 días de Salario Mínimo Vigente en el Distrito Federal, dando un equivalente aproximado de \$53,832.00. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: ES CORRECTA SU APRECIACION EN EL SENTIDO DE QUE LA SUMA ASEGURADA ES DE 800 DIAS DE SMDF.

6. Amablemente solicitamos a la convocante nos confirme que cumplimos con lo requerido en el inciso B numeral 8.1 con copias simples de los documentos mencionados. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: ES CORRECTA SU APRECIACION

7. Amablemente solicitamos a la convocante confirmar que la forma de pago de la póliza será Trimestral y no semestral como lo indica las especificaciones del presente concurso. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: EL PAGO DE LA POLIZA SERA SEMESTRAL

8. Amablemente solicitamos a la convocante confirmar respecto a los honorarios quirúrgicos (30 SMGM), los mismos estarán sujetos al tabulador la compañía. **Favor de Pronunciarse al Respeto.**

R: APEGARSE A LAS BASES

9. Amablemente solicitamos a la convocante confirmar respecto a la cobertura



de parto y cesárea con suma única de \$15,000 pesos, aplicara deducible y/o coaseguro a la misma. Favor de Pronunciarse al Respeto.

R: APEGARSE A BASES

NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: METLIFE MÉXICO, S.A.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE O REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO: VANESSA BARAJAS FURUZAWA

1.-Página 3, PUNTO 1.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SUMINISTRO, dado que la colectividad asegurable está compuesta por los regidores así como sus dependientes económicos, favor de indicar si en el listado de asegurados proporcionado se encuentran incluidos todos los regidores del Municipio de Zapotlán el Grande, Jalisco. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: NO ES LA TOTALIDAD DE REGIDORES

2.-Página 5 segundo párrafo y Propuesta Económica, estimaremos de la convocante indicar si el precio unitario podrá ser presentado mediante un cuadro anexo en el que se muestren las tarifas por rangos de edad y sexo en el que se haga el desglose del I.V.A. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: ES CORRECTA SU APRECIACION

3.-Página 5, Especificaciones Técnicas, apreciaremos de la convocante confirmar que la colectividad asegurable a considerar es: "Regidores así como sus cónyuges e hijos dependientes económicos menores de 25 años de edad". **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: ES CORRECTA SU APRECIACION

4.-Página 6, Especificaciones Técnicas, respecto a la vigencia, apreciaremos de la convocante confirmar que la vigencia será de las 12:00 horas del día 01 de septiembre de 2014 a las 24:00 horas del 31 de agosto del 2015. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: ES CORRECTA SU APRECIACION

5.-Página 6, Especificaciones Técnicas, Condiciones de pago, estimaremos de la convocante confirmar que el pago será de forma semestral, toda vez que en la página 19, numeral 31, Formas de pago indican que será de forma trimestral. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: EL PAGO SERA SEMESTRAL

6.-Página 6, Especificaciones Técnicas, respecto a la designación de beneficiarios, solicitamos a la convocante eliminar este texto toda vez que en el seguro de gastos médicos mayores no se indemniza beneficiarios los pagos que pudieran darse son al asegurado titular. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: ES CORRECTA SU APRECIACION



7.-Página8, numeral 8 Documentos integrantes de las proposiciones, inciso A) Propuesta Técnica, estimaremos de la convocante confirmar que se da cumplimiento a este requerimiento incluyendo en el Anexo 1 las Especificaciones Técnicas de acuerdo a lo descrito en las páginas 5 y 6 de las bases y las modificaciones o adecuaciones de la junta de aclaraciones. Favor de pronunciarse al respecto.

R: ES CORRECTA SU APRECIACION.

8.-Página 17, sección III, numeral 25. En cuanto a la formalización de las obligaciones derivadas del presente procedimiento, inferimos que este se realizará a través de la emisión de la póliza de seguro respectiva, y por tanto no será necesario suscribir un contrato de prestación de servicio, adicional o independiente a dicho instrumento. Favor de pronunciarse al respecto.

R: ES CORRECTA SU APRECIACION.

9.-En complemento a la pregunta anterior y para el caso de que se requiera la firma de un contrato. Se solicita la convocante se sirva ratificar que el mismo será ajustado por la convocante y la aseguradora que resulte adjudicad y en función de la propuesta que al efecto resulte adjudicada. Cuyo objeto será la entrega de la respectiva póliza de seguro. Favor de pronunciarse al respecto.

R: ES CORRECTA SU APRECIACION.

10.- Página 18, numeral 27.1. Respecto de la potestad de la convocante de aceptar o rechazar cualquier propuesta, Se solicita a la convocante se sirva ratificar que se tendrá por descalificadas las propuestas cuando no reúnan los criterios señalados en las bases de concurso, como son condiciones legales, técnicas y económicas. Favor de pronunciarse al respecto.

R: ES CORRECTA SU APRECIACION.

11.- Anexo 6, Propuesta Económica, favor de indicar si es correcta nuestra apreciación con respecto al llenado de los puntos: "No., CONCEPTO, Cant. Y Unid", de la siguiente forma.

| No. | C O N C E P T O | Cant. | Unid. |
|-----|--|-------|-------|
| 1 | "Adquisición de pólizas de Seguro de Gastos Médicos Mayores para Regidores del H. Ayuntamiento de Zapotlán el Grande, Jalisco, así como dependientes | 1 | 1 |

Favor de pronunciarse al respecto.

R: ES CORRECTA SU APRECIACION.

12.- LISTA DE ASEGURADOS; respetuosamente solicitamos a la Convocante proporcionar la distribución de asegurados que indique si trata de asegurado titular, cónyuge o hijo y además contenga el sexo de cada asegurado. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: SE ANEXA ARCHIVO CON LA INFORMACION SOLICITADA.

NOMBRE ó RAZON SOCIAL: MAPFRE TEPEYAC, S.A.

**NOMBRE DEL PARTICIPANTE O REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO:
FEDERICO MENDEZ CARRILLO**

1. Página 4 y 5, inciso 3.2. Solicitamos amablemente a la convocante nos apoye indicándonos cómo es que se debe presentar el precio unitario expresando la prima en porcentaje.

R: APEGARSE A LAS BASES

2. Página 5, Especificaciones Técnicas. De acuerdo a lo indicado requieren la cobertura para regidores, así como sus dependientes. Favor de indicar a quiénes define el contratante como dependientes económicos.

R: ESPOSA E HIJOS.

3. Favor de confirmar si de indicar si los legisladores se encuentran laboralmente en servicio activo del contratante, es decir, que actualmente no se encuentren con alguna incapacidad temporal y o en proceso de que les sea declarado incapacidad total y permanente

R: TODOS SE ENCUENTRAN EN ACTIVO.

4. Favor de confirmar si esta prestación que otorga la convocante es para la totalidad de los legisladores y sus respectivos dependientes

R: ES PARA QUIENES LO SOLICITARON.

5. Solicitamos amablemente a la convocante nos proporcione el listado de participantes, indicando nombre completo, fecha de nacimiento, sexo y parentesco, es decir, si se trata del participante titular o dependiente

R: SE ANEXA ARCHIVO CON LA INFORMACION.

6. Favor de indicar el tope de coaseguro requerido

R: APEGARSE A BASES

7. Solicitamos amablemente a la convocante nos indique si actualmente cuenta con póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores para esta colectividad

R: HACE UN MES QUE VENCIO LA VIGENCIA

8. En caso de que la respuesta a la pregunta anterior sea afirmativa, solicitamos su apoyo con la siguiente información:
 - a. Siniestralidad a detalle de al menos los últimos 9 meses que contenga: Periodo al cual corresponde el detalle de siniestros, Nombre del asegurado, fecha de ocurrido, fecha de pagado, monto



- pagado o reclamado y padecimiento
- b. Favor de indicar el nivel hospitalario para el cual requieren contratar la cobertura
 - c. Endosos o condiciones especiales que adicional a las indicadas en las bases requieran incluir
 - d. Cuántos años llevan con la póliza de Seguros de Gastos Médicos Mayores Colectivo

R: NO SE CUENTA CON DICHA INFORMACION.

9. Favor de confirmar que la cobertura de Gastos Médicos Mayores Colectivo que se solicita amparar en las Bases de la presente licitación no ampara padecimientos contraídos y/o manifestados antes del 01 de Septiembre del 2014.

R: ES CORRECTA SU APRECIACION.

10. Favor de confirmar si los términos y condiciones no especificados en la bases así como en la Junta de aclaraciones operarán de acuerdo a los términos y condiciones Generales de la compañía que resulte adjudicada

R: ES CORRECTA SU APRECIACION

El presente documento pasara a formar parte de las bases del concurso de acuerdo al numeral:

6. MODIFICACIONES A LAS BASES DEL CONCURSO

6.1 Con fundamento Artículo 42 del Reglamento de Adquisiciones, Contratación de Arrendamientos y Servicios para el Municipios de Zapotlán el grande, Jalisco, "La Convocante" podrá modificar las presentes bases de concurso; las modificaciones en ningún caso podrán consistir en la sustitución de los bienes o servicios convocados originalmente, adición de otros de distintos rubros o en variación significativa de sus características. Cualquier modificación a estas bases del concurso, derivada del resultado de los cuestionarios de aclaraciones, será considerada como parte integrante de las propias bases del concurso.

Estas modificaciones se harán del conocimiento de todos los concursantes vía correo electrónico y/o fax.

A T E N T A M E N T E

"SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION"

"2014, 190 ANIVERSARIO DE HABERSE OTORGADO EL TITULO DE CIUDAD"

"2014, AÑO DEL BICENTENARIO DE LA PROMULGACION DE LA CONSTITUCION DE APATZINGAN"

CD. GUZMAN, MPIO. DE ZAPOTLAN EL GRANDE JAL. A 08 DE SEPTIEMBRRE DE 2014




LIC. ERWIN JOSE PEÑA VALENCIA
JEFE DE PROVEEDURIA