

**ACTA DE JUNTA DE ACLARACIONES, LICITACIONES SIN PARTICIPACIÓN
DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES.**

En el Municipio de Zapopan, Jalisco, siendo las 10:00 horas del día 21 de enero del año 2020, estando debidamente constituidos en las instalaciones del Jefatura de Recursos Materiales del O.P. D "Servicios de Salud del Municipio de Zapopan", ubicado en la calle Ramón Corona número 500, colonia Zapopan Centro, C.P. 45100, Zapopan, Jalisco.

De conformidad con el artículo 63 del Reglamento de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios. El punto correspondiente al envío de cuestionamientos por parte de los licitantes interesados establecido en los bases de la Licitaciones Pública sin concurrencia con bases 001/2020, referente a la contratación de **póliza de Seguro de Vida e Invalidez para los trabajadores definitivos activos del Organismo.**

Los servidores Públicos en este acto son:

Servidor Público	Área
Lic. Roberto Cárabes Quintero	Jefe de Recursos Materiales
Lic. Emilio Gabriel Vargas Camberos	Asesor Jurídico

Acto seguido, se hace mención de los licitantes que se encuentran presentes:

Ningún licitante presente:

De los licitantes de manera electrónica:

SEGUROS SURA S.A. DE C.V.

SEGUROS ARGOS

SEGURO ATLAS

En este momento se procede a dar contestación a los cuestionamientos remitidos de forma electrónica siendo:

PREGUNTAS SEGUROS SURA SA DE CV:

- 1 SE SOLICITA INDICAR EL NÚMERO DE ASEGURADOS DE LA POBLACIÓN Y EL DETALLE DE SINIESTRALIDAD DE CINCO VIGENCIAS PREVIAS CONSIDERANDO FECHAS DE OCURRIDO, FECHAS DE REPORTE, MONTOS Y COBERTURAS AFECTADAS A NIVEL SINIESTRO.

RESPUESTA: 827 EMPLEADOS CON VARIACION DE ALTAS Y BAJAS REALIZANDO AJUSTE DE MANERA MENSUAL EL DETALLE DE SINIESTRALIDAD DE LOS ULTIMOS 4 AÑOS ESTA PUBLICADO EN LA PAGINA OFICIAL DEL OPD.

- 2 SOLICITAMOS INDICAR SI LAS CONDICIONES GENERALES HAN CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS.

RESPUESTA: NO HAN CAMBIADO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS

Sergio Vela Villanueva
Representante Legal
Seguros Sura S.A. DE C.V.
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

PREGUNTAS SEGURO ARGOS:

1. JUNTA DE ACLARACIONES
AMABLEMENTE SE SOLICITA A LA CONVOCANTE QUE EL ACTA DE JUNTA DE ACLARACIONES ADEMÁS DE SUBIRLA EN PDF Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE PROPORCIONE, SEAN PROPORCIONADOS EN FORMATO EDITABLE (WORD O EXCEL). FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

RESPUESTA: SE ACEPTA SU PROPUESTA

2. PÁG. 8, DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS.
AGRADECEMOS A LA CONVOCANTE CONFIRMAR LAS COBERTURAS SOLICITADAS, COMO SU DESCRIPCIÓN E IMPORTE. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

RESPUESTA: PAG 9 III DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

3. PÁG. 8, DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS.
AGRADECEMOS A LA CONVOCANTE INDICAR SI SE SOLICITA EL ENDOSO DE SUICIDIO. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

RESPUESTA: SI CUBRE SUICIDIO

4. 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: ES CORRECTA SU APRECIACIÓN

5. SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE SEÑALAR SI EL ÚNICO COMPROBANTE DEL ESTADO DE SALUD PARA CONFIRMAR LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SERÁ EMITIDO POR ISSSTE O IMSS, FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

RESPUESTA: IMSS E IPEJA

6. EN CASO DE QUE MI PREGUNTA ANTERIOR, SEA CONTESTADA EN FORMA NEGATIVA, SE SOLICITA A LA CONVOCANTE QUE SEA UN MEDICO CERTIFICADO EN MEDICINA DEL TRABAJO EL QUE EMITA EL DOCUMENTO DE VALIDE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

RESPUESTA: IMSS Y MEDICINA LABORAL DEL OPD

7. SE SOLICITA A LA CONVOCANTE INDICAR SI SE ENCUENTRA EN DISPOSICIÓN DE PODER ACREDITAR LA PLENA IDENTIDAD DE NUESTROS CLIENTES, ES DECIR, SI AL MOMENTO DE REALIZAR UNA RECLAMACIÓN DE SINIESTRO, SE PUEDA PRESENTAR TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE PERMITA LA PLENA IDENTIFICACIÓN DE NUESTRO CLIENTE, ASÍ COMO ACREDITAR EL PARENTESCO CON EL ASEGURADO PARA EFECTOS DE DAR CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES FISCALES, FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

RESPUESTA: ES CORRECTA SU APRECIACIÓN Y LA ACREDITACIÓN DEL PARENTESCO NO COMPETE AL OPD

SEGUNDA CONVOCATORIA LICITACIÓN PÚBLICA

SIN CONCURRENCIA CON BASES

CON NUMERO LSCB 001/2020

8. SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE, NOS PROPORCIONE EL LISTADO CORRESPONDIENTE DESGLOSADO POR NOMBRE, EDAD, RFC, CURP PARA CADA UNA DE LAS PARTIDAS. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

RESPUESTA: EL LISTADO SE ENCUENTRA EN FORMATO EXCEL EN LA PAGINA DEL OFICIAL DEL OPD CON LOS SIGUIENTES DATOS: PUESTO, RFC, SEXO, NACIMIENTO Y EDAD.

9. SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE, NOS PROPORCIONE AL MENOS LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS DE SINISTRALIDAD. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

RESPUESTA: EL LISTADO DE SINISTRALIDAD SE ENCUENTRA EN FORMATO EXCEL EN LA PAGINA DEL OFICIAL DEL OPD DE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

10. SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE, NOS PROPORCIONE AL MENOS LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS DE IMPORTES ADJUDICADOS. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

RESPUESTA: AÑO 2017 \$1,199,504.59 ANUAL

AÑO 2018 \$608,548.365 (SEIS MESES) Y SEIS MESES \$623,126.35

AÑO 2019 \$1,640,410.00 ANUAL

11. SE SOLICITA DE LA MANERA MÁS ATENTA A LA CONVOCANTE QUE PRECISE SI SE CUBRIRÁ A PERSONAL, QUE SE ENCUENTRE EN PROCESO DE DECLARACIÓN DE AUSENCIA O DE PRESUNCIÓN DE MUERTE Y CUÁNTOS TIENEN EN ESE SUPUESTO, ASÍ COMO QUE INDIQUE SI SE CUBRIRÁ A PERSONAS CON LOS QUE TENGAN LITIGIO LABORAL PENDIENTE O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE, POR LA QUE SUS DERECHOS COMO TRABAJADOR SE ENCUENTREN SUSPENDIDOS O QUE SE ENCUENTREN EN LICENCIAS MÉDICAS O COMISIONES SIN GOCE DE SUELDO. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

RESPUESTA: NO SE CUBRIRÁ AL PERSONAL QUE SE ENCUENTRE EN PROCESO DE DECLARACION DE AUSENCIA O DE PRESUNCIÓN DE MUERTE Y NO SE TIENE REGISTRO DEL SUPUESTO.

LITIGIO LABORAL: APLICA CUANDO SEAN EMPLEADOS ACTIVOS DEL ORGANISMO.

EN LICENCIAS MÉDICAS O COMISIONES SIN GOCE: APLICA CUANDO SEAN EMPLEADOS ACTIVOS DEL ORGANISMO.

LUIS ARMANDO PERALTA RODRÍGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SEGUROS ARGOS, S.A DE C.V.

PREGUNTAS DE SEGUROS ATLAS, S.A.

Preguntas de Carácter Administrativo

1. Solicitamos amablemente a la Convocante pueda proporcionarnos el acta de la presente Junta de Aclaraciones en formato Word a las siguientes direcciones de correo electrónico:

pramirez@segurosatlas.com.mx

ccruz@segurosatlas.com.mx

famezcua@segurosatlas.com.mx

RESPUESTA: SE PUBLICARÁ EN LA PAGINA OFICIAL DEL ORGANISMO

2. Pág. 4, IV Propuesta Técnica, Numeral 4.

SEGUNDA CONVOCATORIA LICITACIÓN PÚBLICA

SIN CONCURRENCIA CON BASES

CON NUMERO LSCB 001/2020

Solicitamos amablemente a la convocante confirmar que cumplimos este punto presentando escrito con la leyenda "no aplica", lo anterior derivado de que mi representada es una empresa denominada grande ya que cuenta con más de 1300 empleados.

RESPUESTA: NO SE ACEPTA PROPUESTA, DEBERA PRESENTAR UN ESCRITO CON LA MANIFESTACION DE LA CLASIFICACION

3. Pág. 4, IV Propuesta Técnica, Numeral 5.
Solicitamos amablemente a la convocante confirmar que cumplimos este punto presentando el "Anexo 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS PARA LA LICITACIÓN" incluyendo las modificaciones derivadas de la junta de aclaraciones.

RESPUESTA: SE ACEPTA SU PROPUESTA

4. Pág. 12, Anexo 4 Propuesta Económica.
Agradecemos a la Convocante confirmar que la propuesta económica será presentada en formato libre, en caso contrario favor de especificar que formato debemos de considerar.

RESPUESTA: SE ACEPTA FORMATO LIBRE

5. Pág. 12, Anexo 4 Propuesta Económica.
Solicitamos amablemente a la convocante confirmar podemos incluir la leyenda "el seguro de Vida no causa I.V.A." dentro de nuestra propuesta económica.

RESPUESTA: SE ACEPTA SU PROPUESTA

Preguntas de Carácter Técnico

6. Agradecemos a la Convocante especifique, si el seguro será pagado al 100% por el contratante y obligatorio para el 100% del grupo asegurable indicado.

RESPUESTA: LA FORMA DE PAGO SERA EN UNA SOLA EXHIBICION, CON CREDITO DE PAGO A UN MES OBLIGATORIO PARA EL LOS 827 EMPLEADOS RELACIONADOS EN EL ANEXO 2-B

7. Solicitamos a la Convocante nos proporcione el listado de participantes en formato Excel, que contenga como mínimo los siguientes datos: Nombre, RFC o Fecha de Nacimiento o Edad, Sexo, Ocupación.

RESPUESTA: EL LISTADO SE ENCUENTRA EN FORMATO EXCEL EN LA PAGINA DEL OFICIAL DEL OPD CON LOS SIGUIENTES DATOS: PUESTO, RFC, SEXO, NACIMIENTO Y EDAD.

8. Solicitamos a la Convocante confirmar que estamos en el entendido de que todos los participantes realizan actividades que representan un riesgo ocupacional normal, es decir de tipo administrativas por lo cual no se cuenta con personal de alto riesgo. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: PAGINA 13, ANEXO 2B, DESCRIPCION DE PUESTOS DE LOS EMPLEADOS ACTIVOS

9. Agradeceremos al convocante nos indique si se cuenta con Jubilados y/o Pensionados dentro del grupo asegurable.

RESPUESTA: NO SE CUENTA CON JUBILADOS Y/O PENSIONADOS

10. Solicitamos a la Convocante confirmar que la propuesta será sin participación de utilidades.

RESPUESTA: SIN PARTICIPACION DE UTILIDADES

11. Solicitamos a la Convocante nos proporcione la Siniestralidad al detalle en archivo Excel de la vigencia que está por terminar, con al menos los siguientes datos: Fecha de ocurrido, Fecha de reportado, Fecha de pagado, Importe pagado, Cobertura afectada.

RESPUESTA: PUBLICADO EN LA PAGINA OFICIAL CON LOS DATOS: PUESTO, FECHA DE BAJA Y MOTIVO EN FORMATO EXCEL

SEGUNDA CONVOCATORIA LICITACIÓN PÚBLICA

SIN CONCURRENCIA CON BASES

CON NUMERO LSCB 001/2020

12. Solicitamos a la Convocante nos proporcione la Siniestralidad al detalle en archivo Excel de la vigencia 2018-2019, con al menos los siguientes datos: Fecha de ocurrido, Fecha de reportado, Fecha de pagado, Importe pagado, Cobertura afectada.

RESPUESTA: PUBLICADO EN LA PAGINA OFICIAL CON LOS DATOS PUESTO, FECHA DE BAJA Y MOTIVO EN FORMATO EXCEL

13. Solicitamos a la Convocante nos proporcione la Siniestralidad al detalle en archivo Excel de la vigencia 2017-2018, con al menos los siguientes datos: Fecha de ocurrido, Fecha de reportado, Fecha de pagado, Importe pagado, Cobertura afectada.

RESPUESTA: PUBLICADO EN LA PAGINA OFICIAL CON LOS DATOS PUESTO, FECHA DE BAJA Y MOTIVO EN FORMATO EXCEL

14. Solicitamos a la Convocante aclarar si la Siniestralidad que se proporcionara incluirá la siniestralidad pendiente de pago, en caso contrario favor de proporcionar dicha información.

RESPUESTA: EL ORGANISMO NO CUENTA CON LA SINIESTRALIDAD PENDIENTE DE PAGO

15. Solicitamos a la Convocante confirmar que los siniestros ocurridos en las vigencias anteriores deberán ser pagados por la compañía que tenía vigente la póliza al momento del siniestro.

RESPUESTA: ES CORRECTA SU APRECIACION.

16. 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.

RESPUESTA: BAJO MISMOS TERMINOS QUE AHORA LO SOLICITAMOS

17. Solicitamos a la convocante indicar que la edad mínima y máxima de aceptación para cada cobertura es la siguiente:

Fallecimiento: de 15 a sin límite de edad

Invalidez: de 15 a 65 años de edad

RESPUESTA: VERIFICAR ANEXO 2B especifica la edad de los empleados activos del organismo. Los cuales deberán ser incluidos en la póliza de seguro de vida e invalidez

18. Solicitamos a la convocante indicar

Si el número de participantes ha variado en más del 10% en los últimos 3 años.

RESPUESTA: EL NUMERO DE EMPLEADOS NO HA VARIADO EN MAS DEL 10% EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS

Con referencia a la pregunta anterior, favor de indicar detalladamente los cambios en el número de participantes en los últimos 3 años.

19. Estamos en el entendido de que el Dictamen de Invalidez Total y Permanente deberá ser expedido únicamente por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

RESPUESTA: IMSS E IPEJAL

20. Solicitamos a la Convocante, nos indique si dentro del grupo asegurable se encuentra personal que tenga alguna Invalidez Total y Permanente o personal en espera del dictamen de Invalidez Total y Permanente; en caso de ser afirmativo proporcionar el detalle dicho personal.

RESPUESTA: NO SE CUENTA CON EL DATO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEBIDO A QUE EL EMPLEADO SOLO PRESENTA INCAPACIDADES A ESTE ORGANISMO.

21. Solicitamos a la Convocante, nos indique el criterio de pago de la cobertura de Invalidez: ¿Se establece con base a la fecha de ratificación del Dictamen de Invalidez, independientemente de cuando se haya generado el evento que la originó?

RESPUESTA: ES CORRECTA SU APRECIACION, CON LA FECHA DEL DICTAMEN

22. Agradeceremos a la Convocante confirmar que para el pago de siniestros, la reclamación se efectuará con la documentación que solicite la aseguradora que resulte adjudicada.

RESPUESTA: ES CORRECTA SU APRECIACION

23. Agradeceremos a la Convocante confirmar que, para todas aquellas condiciones no establecidas en las bases de la presente licitación, operarán las Condiciones Generales de esta aseguradora, prevaleciendo las condiciones particulares solicitadas por el contratante.

RESPUESTA: ES CORRECTA SU APRECIACION

24. Agradecemos a la convocante nos proporcione la prima pagada de la vigencia que está por terminar.

RESPUESTA: \$1,640,410

25. Respecto de las características del grupo asegurado y en apoyo al Estado Mexicano, como parte de los países miembros de la organización para la cooperación y desarrollo económico (OCDE) y en ejecución del acuerdo por el que se modifica el diverso que expide el protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamientos y prórroga de licencias, permisos y autorizaciones y concesiones, esta aseguradora tiene registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), la cláusula general por virtud de la cual cesarán los efectos del seguro de aquella persona asegurada, beneficiario y/o contratante que se ubique dentro de alguna lista oficial, relativa o vinculada con delitos que atente contra los intereses del estado y/o de los países mencionados (OCDE). Por lo anterior, se solicita a la convocante se sirva ratificar que, en caso de que mi representada resulte adjudicada, la cláusula general referida, formará parte de las condiciones del seguro, objeto del presente procedimiento. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: ES CORRECTA SU APRECIACION

26. En complemento a la pregunta anterior y para el caso de que la misma sea contestada en sentido negativo. Se solicita a la convocante ratificar que la permanencia en la colectividad o grupo asegurable, de todas las personas que participen de forma directa o indirecta en el presente seguro, que puedan ser relacionadas con las actividades ilícitas establecidas en los artículos 139 a 139 quinquies, 148 bis, 193 a 199, 400 y 400 bis del código penal federal, quedarán sujeta a lo estipulado en las disposiciones legales aplicables, en el entendido que las instituciones de seguros, están legalmente impedidas para establecer una relación jurídica con personas relacionadas con dichas actividades ilícitas, lo anterior de conformidad con el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y disposiciones generales vigentes. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: ES CORRECTA SU APRECIACION

27. Se solicita a la convocante, que confirme la convocante que las personas que se deben asegurar son trabajadores en activo excluyendo a personal que se encuentre en proceso de declaración de ausencia o de presunción de muerte. En caso de que la respuesta abarque a personal en proceso de declaración de ausencia o de presunción de muerte, se solicita a esa convocante indique cuántas personas de su personal se encuentran en dichos supuestos y de ser posible, el estatus en que se encuentran, favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: SOLO TRABAJADORES ACTIVOS. NO SE TIENE CONOCIMIENTO EN EL SUPUESTO DE PROCESO DE DECLARACIÓN DE AUSENCIA O DE PRESUNCIÓN DE MUERTE DE ALGUN EMPLEADO DEL ORGANISMO.

28. Se solicita amablemente a la convocante indique si las y los empleados que, por sus funciones desempeñadas, sufran desaparición y no se pueda acreditar la muerte mediante documentación como certificado de defunción o acta de defunción, siendo que para acreditar tal situación se presentara el documento que emita la autoridad competente con la declaratoria de presunción de muerte en la cual dictamine el hecho, por lo que en estos caso la prescripción no surtirá efectos. Ante la imposibilidad de establecer una fecha cierta de la muerte de una persona secuestrada o desaparecida se solicita amablemente a la convocante confirmar que la fecha que se tomara para efectos del contrato de seguro, en particular, es aquella en que ocurrió el secuestro o la desaparición. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: NO APLICA

29. Agradecemos a la convocante nos indique el nombre de la compañía aseguradora con quien se encuentra el esquema de aseguramiento actualmente.

RESPUESTA: ARGOS

30. Se solicita a la convocante confirmar que en caso de variar el número de asegurados de las presentes bases con el listado definitivo de emisión deberá ajustarse el costo al número de asegurados final. Favor de pronunciarse al respecto.

RESPUESTA: ES CORRECTA SU APRECIACION

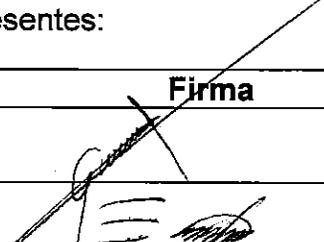
31. Se solicita a la convocante ratificar que en caso de siniestros se aceptaran los consentimientos de otras aseguradoras solo mientras se realiza la sustitución por los consentimientos de la compañía adjudicada.

RESPUESTA: NO SE ACEPTA SU PROPUESTA

**REPRESENTANTE LEGAL
SEGUROS ATLAS, S.A.**

Al no haber más cuestionamientos se da por concluida la presente acta de junta de aclaraciones, siendo las 12:00 horas del día 21 de enero del 2020

Firmando los presentes:

Nombre	Firma
L.A.E. Roberto Cárabes Quintero Jefe de Recursos Materiales	
Lic. Emilio Gabriel Vargas Camberos Asesor Juridico.	