

Salud
Zapopan

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.**

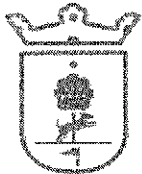
ACTA DE LA JUNTA DE ACLARACIONES

**CONVOCATORIA LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL
COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE
SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ**

Estando debidamente constituidos en el Municipio de Zapopan, Jalisco, siendo las 11:horas del día 27 de agosto del año 2024, en las instalaciones del Hospital General de Zapopan ubicado en Ramón Corona #500 Zapopan Centro., C.P. 45100, Zapopan, Jalisco.

De conformidad con el artículo 70 fracción I y VI del Reglamento De Compras, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Organismo Público Descentralizado, Servicios de Salud del Municipio de Zapopan.

Los servidores públicos presentes en este acto son:



Gobierno de
Zapopan

**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**

Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE

Dx. Luis Farah No. 500
Col. Villa de los Boleses
C.P. 45107
Tel: 33 36018 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR

Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 947; y 33 3134 4800, ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO

Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7589

**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**

Carretera Sañilío No.100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA

Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chontos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA

Carretera Coicacán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.1
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico

transparencia.salud@zapopan.gob.mx

Página web:

www.ssmz.gob.mx

Servidor Público	Área
David Rodríguez González	Representante de la Jefatura de Adquisiciones. La convocante
José Guadalupe Badillo Segura	Representante de la Jefatura de Recursos Humanos. El Requirente

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

EMPRESA	NOMBRE DE QUIEN ASISTE
SEGUROS AFIRME, S.A. DE C.V.	MARIA ISABEL NERI OLAVARRIETA
METLIFE MEXICO, S.A. DE C.V.	GUILLERMO ROMERO VILLALOBOS
INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V.	FERNANDO DE JESUS GONZALEZ RAMOS

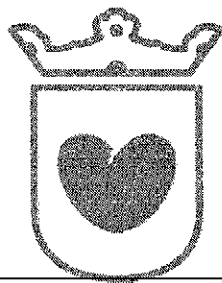
En este momento se procede a dar contestación a los correos remitidos por los licitantes interesados y se hace entrega de las mismas a los licitantes presentes, siendo los siguientes:

- GENERAL DE SEGUROS, S.A. DE C.V.
- INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V.
- SEGUROS SURA, S.A. DE C.V.
- SEGUROS EL POTOSI, S.A.
- ASEGURADORA PATRIMONIAL VIDA, S.A. DE C.V.
- METLIFE MEXICO, S.A. DE C.V.
- SEGUROS ARGOS, S.A. DE C.V.
- SEGUROS AFIRME, S.A. DE C.V.

En este momento se procede a dar contestación a los correos remitidos recibidos en tiempo y forma por los licitantes interesados y se hace entrega de las mismas a los licitantes presentes, siendo las siguientes:

- **SEGUROS AFIRME, S.A. DE C.V.**





Salud
Zapopan

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.**



**Gobierno de
Zapopan**

**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**
Barrión Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Ferrah No. 550
Col. Villa de los Bekeres
C.P. 45157
Tel: 33 38818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7594

**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**
Carretera Saizillo No 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

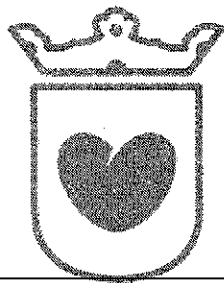
CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Prensa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Coahuila No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.I
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

NÚMERO:	PREGUNTA:
1	GENERAL SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE LA FORMA DE PAGO SERÁ DE CONTADO, FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: Es correcta su apreciación
2	GENERAL SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE EN CASO DE QUE LA CONVOCANTE NO CUMPLA CON EL PAGO PREVISTO DE LA PÓLIZA, SE PROCEDERÁ A EFECTUAR LA CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 40 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: No es correcta su apreciación, no se podrá condicionar la prestación del servicio por falta de pago
3	JUNTA DE ACLARACIONES Y/O PREGUNTAS: SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE QUE, CON LA FINALIDAD DE EVITAR ERRORES EN LA TRANSCRIPCIÓN DE NUESTRAS PROPUESTAS, PROPORCIONAR ACTA DE JUNTA DE ACLARACIONES, BASES Y LISTADO DE ASEGURADOS EN FORMATOS EDITABLES. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: El acta de la junta de aclaraciones se pondrá a disposición de los licitantes en el formato disponible en el portal de internet del organismo
4	ACTO DE PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPOSICIONES. SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE EL FOLIO ES DE CARÁCTER OPCIONAL, POR LO QUE NO SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO EL NO INCLUIRLO EN LA PROPUESTA DE MI REPRESENTADA. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse a lo solicitado en bases
5	ACTO DE PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPOSICIONES. EN CASO DE QUE LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR SEA NEGATIVA, SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE EL FOLIO PARA LA PROPUESTA DE MI REPRESENTADA PODRÁ REALIZARSE DE FORMA CONSECUTIVA (1, 2, 3, ETC.) Y DE FORMA INDEPENDIENTE LA PROPUESTA TÉCNICA DE LA ECONÓMICA. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse a lo solicitado en bases
6	ACTO DE PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPOSICIONES. SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE LA PRESENTACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE LAS LICITANTES SERÁ EN DOS SOBRES, EL PRIMER SOBRE CONTENDRÁ LA PROPUESTA LEGAL, ADMINISTRATIVA Y TÉCNICA DE LOS INCISOS A) AL J) DE LA PÁGINA 3 DE LAS BASES, Y EL SEGUNDO SOBRE CON LA PROPUESTA ECONÓMICA DE LOS INCISOS K), L) Y M) DE LAS PÁGINAS 3 Y 4. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: Es correcta su apreciación





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.



HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Forán No. 590
Col. Villa de los Solanes
C.P. 45157
Tel: 33 38818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quiñero No. 750
Col. Quinto Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7589

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Galtijo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCIA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chontlos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 9324

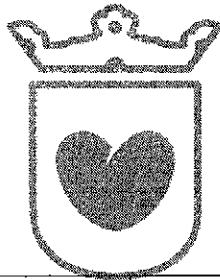
CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Coichán No. 515
Av. Juan G. Preclario y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.gob.mx

7	<p>UNA VEZ RECIBIDAS LAS PROPOSICIONES PRESENTADAS, SE PROCEDERÁ DE LA SIGUIENTE MANERA, NUMERAL 2, SUBNUMERAL J). SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE PARA TODO LO NO PREVISTO EN LAS BASES, OPERARÁN LAS CONDICIONES GENERALES DE MI REPRESENTADA, PREVALECIENDO LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE LICITACIÓN. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.</p>
	<p>R: no es correcta su apreciación, las cláusulas, condiciones especiales solicitadas en las presentes bases y todo lo derivado de la junta de aclaraciones forman parte integral de las pólizas de seguro y tendrán prelación sobre las condiciones generales de la aseguradora; y para aquello no descrito en bases y junta de aclaraciones, operará de conformidad a las condiciones generales siempre y cuando sea en beneficio del contratante y el interés asegurable, debiendo presentar un escrito manifestando bajo protesta de decir verdad lo anterior</p>
8	<p>UNA VEZ RECIBIDAS LAS PROPOSICIONES PRESENTADAS, SE PROCEDERÁ DE LA SIGUIENTE MANERA, NUMERAL 2, SUBNUMERAL M). SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE NO SERÁ CAUSAL DE DESECHAMIENTO EL NO AUTORIZAR LA RETENCIÓN DEL CINCO AL MILLAR EN EL ANEXO 9. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.</p>
	<p>R: Es correcta su apreciación sin embargo deberá manifestarlo como se solicita en el Anexo 9</p>
9	<p>UNA VEZ RECIBIDAS LAS PROPOSICIONES PRESENTADAS, SE PROCEDERÁ DE LA SIGUIENTE MANERA. SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE SE DEBERÁ PRESENTAR UNA USB CON LA PROPUESTA TÉCNICA EN FORMATO EDITABLE (WORD) EN UN SOBRE Y OTRA USB CON LA PROPUESTA ECONÓMICA EN FORMATO EDITABLE (EXCEL) EN EL SEGUNDO SOBRE. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.</p>
	<p>R: No es correcta su apreciación, deberá presentarse como se solicita en bases</p>
10	<p>FORMA EN QUE SE DEBERÁN PRESENTAR LAS PROPOSICIONES, NUMERAL 2. SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE EL ÍNDICE SOLICITADO ES DE CARÁCTER OPCIONAL, POR LO QUE NO SERÁ MOTIVO DE DESECHAMIENTO EL NO INCLUIRLO EN LA PROPUESTA DE MI REPRESENTADA. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.</p>
	<p>R: No es correcta su apreciación, deberá presentarse como se solicita en bases</p>
11	<p>ACREDITACIÓN LEGAL, INCISO B) NUMERAL 2. SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE EL COMPROBANTE DE DOMICILIO AL QUE SE REFIERE ES DEL DOMICILIO FISCAL DE MI REPRESENTADA. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.</p>
	<p>R: Es correcta su apreciación, debiendo adjuntar copia de comprobante de domicilio y licencia municipal a nombre del licitante de oficina en Zona Metropolitana de Guadalajara</p>
12	<p>ACREDITACIÓN LEGAL, INCISO B) NUMERAL 2.</p>



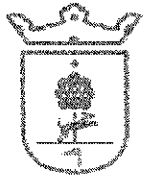
[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



Salud
Zapopan

**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.**

	SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE LA PRESENTACIÓN DE LA LICENCIA MUNICIPAL ES DE CARÁCTER OPCIONAL, TODA VEZ QUE NO APLICA PARA TODAS LAS LICITANTES Y EN SU CASO PODRÁ MANIFESTARSE EN ESCRITO CON FORMATO LIBRE Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: Deberá adjuntar copia de comprobante de domicilio y licencia municipal a nombre del licitante de oficina en Zona Metropolitana de Guadalajara
13	GARANTÍA. SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE ELIMINAR LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, TODA VEZ QUE LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS SON CONSIDERADAS DE ACREDITADA SOLVENCIA, EN APEGO A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 15 Y 294 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, ASÍ COMO EL CRITERIO NORMATIVO NO. AD-2 DE NOVIEMBRE DE 2021 DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA; POR LO QUE NO ES NECESARIO ESTABLECER LA REFERIDA GARANTÍA MEDIANTE FIANZA O CHEQUE. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse a lo solicitado en bases
14	CONTRATO SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE LA PÓLIZA DEL SEGURO SOLICITADO FUNGIRÁ COMO CONTRATO DEL SERVICIO ENTRE LA CONVOCANTE Y LA LICITANTE QUE RESULTE ADJUDICADA, EN TÉRMINOS DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse a lo solicitado en bases
15	CONTRATO EN CASO DE QUE LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR SEA NEGATIVA Y LA CONVOCANTE REQUIERA LA FIRMA DE UN CONTRATO, SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE DICHO CONTRATO CONTENDRÁ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE LO ESTABLECIDO EN LAS BASES DE LICITACIÓN Y SUS ANEXOS, ASÍ COMO LO QUE EN SU CASO SE DERIVE DE LA JUNTA DE ACLARACIONES. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: El contrato se elaborará de acuerdo a los requerimientos establecidos en las bases, anexos y junta de aclaración del presente proceso
16	CONTRATO SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE PREVIO A LA FIRMA DEL INSTRUMENTO JURÍDICO, LA CONVOCANTE PROPORCIONARÁ UNA VERSIÓN DEFINITIVA PARA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA LICITANTE QUE RESULTE ADJUDICADA. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: El contrato no se sujetará a validación del licitante, por lo que deberá apegarse a lo solicitado en las bases del presente proceso.
17	CONTRATO SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE PREVIO A LA FIRMA DEL INSTRUMENTO JURÍDICO, LA



**Gobierno de
Zapopan**

**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tel: 33 38818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 46080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No. 759
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7589

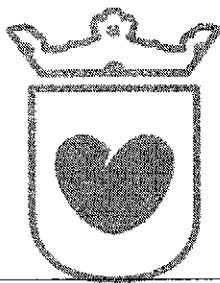
**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**
Carretera Saitillo No 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCIA
Av. de la Presa No. 796
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colotlán No. 515
Ay. Juan Gil Preciado y C. I
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45200
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Beñenes
C.P. 45157
Tel: 33 36618 2200, ext. 3998 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7589

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Saitillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4 305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCIA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

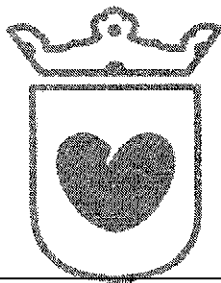
CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colotlán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

	CONVOCANTE PROPORCIONARÁ LA LICITANTE QUE RESULTE ADJUDICADA LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA DAR CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: No es correcta su apreciación, sin embargo la información solicitada en el artículo 492 de la ley de instituciones de seguros y fianzas, se entregará al licitante adjudicado sin que esta sea condicionante para la prestación del servicio y entrega de pólizas correspondientes.
18	CONTRATO SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE, EN CASO DE QUE LA CONVOCANTE REQUIERA LA AMPLIACIÓN Y/O PRÓRROGA DE LA VIGENCIA DE CONTRATO ORIGINALMENTE PACTADO, EN APEGO AL ARTÍCULO 52 DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO Y ARTÍCULO 91 DE SU REGLAMENTO, PODRÁ SOLICITARLO AL LICITANTE QUE RESULTE ADJUDICADO SIENDO LA ACEPTACIÓN DE CARÁCTER OPCIONAL Y CONVENIDA ENTRE LAS PARTES AL TRATARSE DE UN CONTRATO BILATERAL SUJETO A LA VOLUNTAD DE AMBAS PARTES; DE TAL FORMA QUE LAS CONDICIONES SERÁN ACORDADAS ENTRE EL PROVEEDOR Y LA CONVOCANTE, POR LO QUE NO SERÁ CONSTITUIDA COMO OBLIGATORIA, NI SE ESTABLECERÁ SANCIÓN ALGUNA POR NO OTORGARLA. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse a lo establecido en el artículo 80 punto 1 y 81 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios.
19	ANEXO 7. SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE EN EL APARTADO "IVA" SE DEBERÁ PLASMAR "N/A" O "\$0.00" TODA VEZ QUE PARA EL SEGURO DE VIDA NO APLICA EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.). FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO
	R: Deberá indicar N/A
20	ANEXO 7. SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR SE PODRÁ INCLUIR LA LEYENDA "EL SEGURO DE VIDA NO INCLUYE I.V.A." FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: Se acepta su propuesta
21	ANEXO 7. SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR SE CUMPLIRÁ PRESENTANDO EL COSTO TOTAL DEL ASEGURAMIENTO EN EL ANEXO 7 DEBIDAMENTE REQUISITADO Y SOLO LA LICITANTE QUE RESULTE ADJUDICADA PRESENTARÁ EL COSTO POR ASEGURADO. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: Es correcta su apreciación
22	ANEXO 5. 1. Con respecto a la partida de la póliza de Seguro de Vida de la licitación pública número LPCC-027/2024, en sus páginas 19 a la 20,



[Handwritten signatures and marks]



Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

sugerimos la siguiente documentación para la reclamación de las siguientes coberturas, favor de pronunciarse al respecto:

Fallecimiento

- Consentimiento original firmado por el Asegurado
- Original o copia certificada ante Notario del Acta de defunción
- Copia del Certificado de Defunción
- Original o copia certificada ante Notario del Acta de Nacimiento del asegurado
- Si el beneficiario es el cónyuge, original del Acta de Matrimonio o comprobante de concubinato antes un Juez de lo Familiar
- Para cualquier otro beneficiario, original o copia certificada ante Notario del Acta de Nacimiento
- En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, Patria Potestad ante un Juez de lo Familiar
- 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.

Invalidez Total y Permanente

- Original del acta de nacimiento del asegurado
- Consentimiento del seguro de vida
- Copia de la identificación oficial del asegurado
- Constancia de Clave Única del Registro de Población del asegurado
- Llenado del formato de declaración de Invalidez y Pérdidas Orgánicas no. 2
- Dictamen Médico de Incapacidad Total y Permanente
- Historial Clínico donde se describa el origen del estado de invalidez
- Documentación que demuestre la invalidez continua durante tres (3) ó seis (6) meses, según se haya estipulado; excepto en los casos en que el periodo de espera no opere.
- 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 de la invalidez
- Comprobante de Domicilio del asegurado no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.



Gobierno de
Zapopan

**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**

Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE

Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Poetas
C.P. 45157
Tel: 33 36318 2700, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR

Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800, ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO

Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 3410 7589

**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**

Carrera Sañflic No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCIA

Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chonitos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA

Carretera Colotlán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.1
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

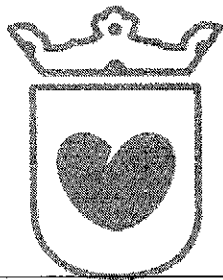
Correo electrónico

transparencia.salud@zapopan.gob.mx

Página web:

www.ssmz.gob.mx





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

En caso de Invalidez Accidental, la misma documentación requerida para "Invalidez" e incluir Actuaciones completas del Ministerio Público en copias certificadas.

Anticipo de Suma asegurada por Enfermedad Terminal

- Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado
- Original o copia certificada del Acta de Nacimiento del asegurado
- Dictamen emitido por el médico o médicos que hubieran atendido al Asegurado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen.
- Último 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 asegurado no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión

Gastos Funerarios

- Consentimiento original firmado por el Asegurado
- Copia del Certificado de Defunción
- Original del Acta de Nacimiento del asegurado actualizada
- Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado y Beneficiario(s)
- Comprobante de Domicilio del (los) beneficiario(s) no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.
- Último 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

R: Para las reclamaciones de las coberturas solicitadas deberán considerar la siguiente documentación:

Fallecimiento

- Último designación de beneficiarios original firmado por el Asegurado, sin importar de que compañía sea el formato.
- Original o copia certificada ante Notario del Acta de defunción
- Copia del Certificado de Defunción
- Original o copia certificada ante Notario del Acta de Nacimiento del asegurado
- Si el beneficiario es el cónyuge, original del Acta de Matrimonio o comprobante de concubinato antes un Juez de lo Familiar
- Para cualquier otro beneficiario, original o copia certificada ante Notario del Acta de Nacimiento
- En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, Patria Potestad ante un Juez de lo Familiar
- Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado y Beneficiario(s)
- Oficio de baja por parte de Recursos Humanos del organismo
- Comprobante de Domicilio del (los) beneficiario(s) no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.



Gobierno de
Zapopan

**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**

Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE

Dr. Luis Ferrán No. 550
Col. Villa de los Baños
C.P. 45157
Tel: 33 33218 2200, ext. 3906 y 3909

CRUZ VERDE SUR

Cruc de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO

Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45140
Tel: 33 2410 7589

**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**

Calletera Sañudo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTALUCÍA

Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

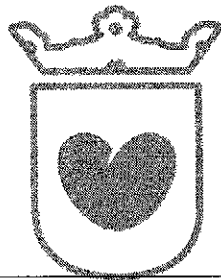
CRUZ VERDE NIÑA EVA

Callejón Colón No. 51b
Av. Juan Gil Placido y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4486

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx

Página web:
www.ssmz.gob.mx





**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.**

Salud
Zapopan



**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel. 33 3631 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tel. 33 38818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel. 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel. 33 2410 7589

**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**
Carretera Saillito No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel. 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chomitos
C.P. 45200, Tel. 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colotlán No. 515
Av. Juan Gil Pieclado y C.J.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel. 33 4005 4485

Correo electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.sma.gob.mx

- Formato de reclamación
- Estado de cuenta bancario no mayo a 3 meses del beneficiario
- Recibo de nomina

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.

Para aquellos casos donde no se cuente con la designación de beneficiarios procederá presentar juicio sucesorio o la declaración de beneficiarios emitida por el Tribunal de Arbitraje y Escalafón.

Invalidez Total y Permanente

- Original del acta de nacimiento del asegurado
- Ultimo Consentimiento del seguro de vida con el que se cuente
- Copia de la identificación oficial del asegurado
- Constancia de Clave Única del Registro de Población del asegurado
- Llenado del formato de declaración de Invalidez y Pérdidas Orgánicas
- Dictamen Médico de Incapacidad Total y Permanente emitido por el IPEJAL
- Oficio de baja por Invalidez total y permanente por parte de Recursos Humanos del organismo
- Comprobante de Domicilio del asegurado no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.
- Estado de cuenta bancario no mayo a 3 meses
- Recibo de nomina

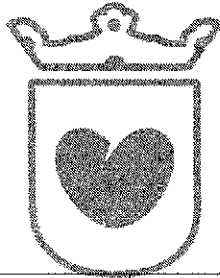
Anticipo de Suma asegurada por Enfermedad Terminal

- Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado
- Original o copia certificada del Acta de Nacimiento del asegurado
- Dictamen emitido por el médico o médicos que hubieran atendido al Asegurado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen.
- Oficio por parte de Recursos Humanos solicitando el pago de cobertura
- Comprobante de Domicilio del asegurado no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión
- Recibo de nomina

Gastos Funerarios

- Ultima designación de beneficiarios con la que se cuente en original firmado por el Asegurado
- Copia del Certificado de Defunción
- Original del Acta de Nacimiento del asegurado actualizada
- Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado y Beneficiario(s)





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.



HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabeza Municipal
Zapopan, Jalisco México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Parah No. 260
Col. Villa de los Bekinos
C.P. 45107
Tel: 33 3638 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45050, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7589

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Candelero Saitillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45180
Tel: 33 4305 4163

CRUZ VERDE SANTA LUCIA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chonitos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

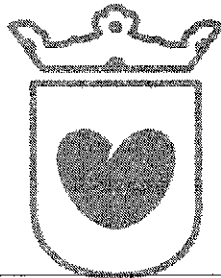
CRUZ VERDE NIÑA EVA
Candelero Colón No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.J
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.gob.mx

	<ul style="list-style-type: none"> Comprobante de Domicilio del (los) beneficiario(s) no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión. Estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses del beneficiario Recibo de nomina 	
23	<p>ANEXO</p> <p>2.- Solicitamos a la convocante nos confirme que lo que no esté establecido en las presentes bases o junta de aclaraciones respectiva, aplicará las condiciones generales de la aseguradora adjudicada, favor de pronunciarse al respecto.</p>	5.
	<p>R: No es correcta su apreciación, las cláusulas, condiciones especiales solicitadas en las presentes bases y todo lo derivado de la junta de aclaraciones forman parte integral de las pólizas de seguro y tendrán prelación sobre las condiciones generales de la aseguradora; y para aquello no descrito en bases y junta de aclaraciones, operará de conformidad a las condiciones generales siempre y cuando sea en beneficio del contratante y el interés asegurable, debiendo presentar un escrito manifestando bajo protesta de decir verdad lo anterior</p>	
24	<p>ANEXO</p> <p>3.- Solicitamos a la convocante ratifique en caso de solicitar la cobertura de Invalidez que para la Incapacidad/Invalidez Total y Permanente y en el caso de existir controversia en el Dictamen expedido por la institución competente, la aseguradora podrá valorar la procedencia de dicho supuesto mediante un médico especializado y certificado en Medicina del Trabajo con el historial completo de dicha Invalidez, favor de pronunciarse al respecto.</p>	5.
	<p>R: No se acepta su propuesta, deberá de apegarse al dictamen emitido por el Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco (IPEJAL)</p>	
25	<p>ANEXO</p> <p>4.- Solicitamos a la convocante que todos los pagos se realicen por medio de transferencia a los beneficiarios una vez que nos proporcionen el finiquito firmado por los mismos, favor de pronunciarse al respecto.</p>	5.
	<p>R: Las indemnizaciones deberán de realizarse por medio de transferencia electrónica sin condicionar la firma previa del finiquito</p>	
26	<p>ANEXO</p> <p>5.- Confirmar si existe plazo para determinar la procedencia del siniestro, favor de pronunciarse al respecto</p>	5.
	<p>R: Deberá apegarse a lo solicitado en el apartado de estándares de servicio</p>	
27	<p>ANEXO</p> <p>6.- Solicitamos amablemente a la convocante confirmar el número total de asegurados, favor de pronunciarse al respecto.</p>	5.
	<p>R: La información disponible se entregará al finalizar la junta de aclaraciones</p>	
28	<p>ANEXO</p> <p>7.- Solicitamos amablemente a la convocante amplíe el tiempo de pago de los gastos funerarios de 24 horas a 3 días hábiles, una vez que contemos con el finiquito firmado por el beneficiario solicitante, favor de pronunciarse al respecto.</p>	5.
	<p>R: No se acepta su propuesta, deberá apegarse a lo solicitado en bases</p>	



[Handwritten signatures and marks]



Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramon Corona No. 506
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45167
Tel: 33 36508 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3536
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45100
Tel: 33 2410 7689

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Cenitosa Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

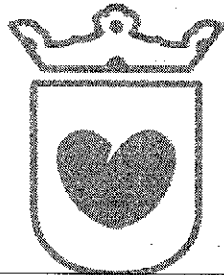
CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de las Chorreras
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Coxtlán no. 515
Av. Juan Gil Preciado y CUI
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4463

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx.
Página web:
www.salud.gob.mx

29	ANEXO 5. 8.- Solicitamos amablemente a la convocante confirmar que las coberturas solicitadas para este seguro son fallecimiento, muerte accidental, indemnización por invalidez total y permanente, y últimos gastos funerarios titular, favor de pronunciarse al respecto.
	R: Las coberturas solicitadas son: fallecimiento, muerte accidental, indemnización por invalidez total y permanente, anticipo de suma asegurada por gastos funerarios y anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal.
30	ANEXO 5. 9.- Se solicita amablemente a la convocante confirmar que queda excluido de este seguro el personal jubilado o pensionado o personal en proceso o estado de invalidez, favor de pronunciarse al respecto.
	R: El personal de la colectividad es personal activo del organismo
31	ANEXO 5. 10.- Se solicita amablemente a la convocante confirmar si en el listado se están incluyendo a personal con licencia médica (incapacidad), indicando quienes y la causa, favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
32	ANEXO 5. 11.- Se solicita amablemente a la convocante confirmar que dentro del personal no haya personas que porten armas de fuego, en caso afirmativo favor de especificar quienes son y el motivo de su uso, favor de pronunciarse al respecto.
	R: El personal asegurable no porta armas de fuego
33	ANEXO 5. 12.- Se solicita amablemente a la convocante confirmar el tipo de administración que se deberá considerar para este programa de seguros, favor de pronunciarse al respecto.
	R: Autoadministrada sin ajuste al final de vigencia
34	ANEXO 5. 13.- Se solicita amablemente a la convocante confirme que, para cumplir en totalidad con el formato, en la columna "Descripción del Bien" se deberá indicar "PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ PARA LOS TRABAJADORES DEFINITIVOS, POR TIEMPO DETERMINADO Y RESIDENTES DEL OPD SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN PARA (NUMERO DE EMPLEADOS) DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DEL ANEXO 5", en caso contrario favor de indicar qué se deberá indicar para el correcto llenado, favor de pronunciarse al respecto
	R: El Anexo 5 referido es la descripción detallada de los servicios solicitados por lo que su pregunta no tiene relación al citado anexo por lo que se desecha
35	ANEXO 5. 14.- Se solicita amablemente a la convocante confirmar que la forma de pago será de contado
	R: Es correcta su apreciación
36	ANEXO 5. 15.- Se solicita amablemente a la convocante confirmar que no será causal de desechamiento el no autorizar la retención del 5 al millar para el fondo impulso Jalisco del anexo 9.





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

	R: Es correcta su apreciación, sin embargo deberá manifestarlo de conformidad a lo solicitado en el anexo 9
37	ANEXO 5. 16.- Se solicita amablemente a la convocante confirmar que en caso de extensión de vigencia se podrá actualizar la cuota.
	R: No es correcta su apreciación, los precios ofertados permanecerán fijos desde la entrega de la propuesta y hasta la entrega total de las partidas asignadas y/o vigencia del contrato, considerando lo establecido en el artículo 80 punto 1 y 81 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios
38	ANEXO 5 SE SOLICITA AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE LOS CONSENTIMIENTOS PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS QUE OPEREN PARA ESTA VIGENCIA DEL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO QUE SE LICITA SERÁN DE LA ASEGURADORA QUE RESULTE ADJUDICADA. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.
	R: No es correcta su apreciación, se presentará la ultima designación de beneficiarios en original con la que se cuente en el expediente del asegurado



Gobierno de
Zapopan

• GENERAL DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 46100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Belenes
C.P. 46157
Tel: 33 3628 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 46080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintana No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 46180
Tel: 33 2416 7859

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 46150
Tel: 33 4305 4463

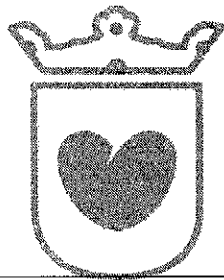
CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Piedad No. 795
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 46200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colofán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C. P. 46200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

NÚMERO:	PREGUNTA:
1	Se solicita a la convocante conocer las edades de aceptación máxima para las coberturas de Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente.
	R: Las coberturas deberán operar sin limite de edad
2	Solicitamos amablemente saber si actualmente existe personal en proceso de tramitar la invalidez total y permanente.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso.
3	Se solicita a la convocante informar que institución dictamina los estados de invalidez total y permanente.
	R: El dictamen de invalidez total y permanente será a cargo del Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco (IPEJAL)
4	Solicitamos amablemente las bases actualizadas de los participantes a ser asegurados.
	R: La información disponible se entregará al finalizar la junta de aclaraciones
5	Se solicita a la convocante informe el número de asegurados expuestos de los últimos 3 años.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
6	Se solicita a la convocante confirme que los escritos y anexos irán dirigidos a : COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL O.P.D. "SSMZ" PRESENTE
	R: Los escritos y anexos deberán de dirigirse al Comité de adquisiciones del O.P.D. Servicios de salud del Municipio de Zapopan





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

7	Acreditación legal, pag 4. Se solicita a la convocante confirme que las copias solicitadas son copias simples.
	R: En caso de aplicar deberá presentar original o copia certificada para cotejo y copia simple

• **INSIGNIA LIFE, S.A. DE C.V.**

Número:	Pregunta:
1	General, Folio. Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar que el foliado podrá ser opcional. Favor de compartirnos su amable respuesta
	R: No es correcta su apreciación, deberá considerar lo solicitado en bases
2	General, Folio. Se solicita amablemente a la convocante que en caso de que la respuesta a la pregunta anterior sea contestada en sentido negativo, se sirva de confirmar que el foliado podrá ser en formato libre, ejemplo: 1, 2, 3, 4, 5, etc. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: No es correcta su apreciación, deberá considerar lo solicitado en bases
3	General. Acto de presentación de propuestas. Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar que al acto de presentación de propuestas se podrá presentar un tercero, con carta autorización simple, firmada por el representante legal que firma las propuestas. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: No se acepta su propuesta, deberá presentarse el representante legal con facultades para el acto
4	Anexo 3. Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar que cumplimos al presentar el presente anexo firmado por el representante legal. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: El anexo 3 deberá de ser llenado conforme a lo requerido y presentado en hoja membretada y firmado por el representante legal
5	Anexo 6 propuesta técnica. Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar que daremos cumplimiento a este punto al presentar el anexo 6 más transcribir el anexo 5. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Es correcta su apreciación debiendo considerar las precisiones derivadas de la junta de aclaraciones e información proporcionada
6	Anexo 6 propuesta Técnica. Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar el apartado "cantidad" a que se refiere con 81 pólizas. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: El listado de asegurados se entregará al finalizar la junta de aclaraciones
7	Anexo 7 Propuesta Económica. Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar que en el apartado IVA se podrá poner la leyenda "El seguro de vida no genera IVA" Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Se acepta su propuesta
8	Anexo 7 Propuesta Económica. Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar que se deberá plasmar en la columna "precio unitario sin IVA" el costo total, ya que el seguro de vida no genera IVA Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Es correcta su apreciación
9	Anexo 7 Propuesta Económica. Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar que no será necesario agregar el listado con consto por asegurado y solo el licitante adjudicado deberá presentarlo. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Es correcta su apreciación



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Belanes
C.P. 45157
Tel: 33 36818 2200, ext. 3908 y 3

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3533
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4000

CRUZ VERDE FEDERALISA
Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45120
Tel: 33 2410 7529

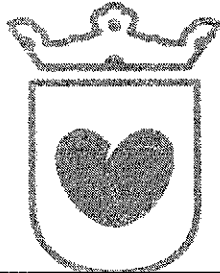
CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carratera Saffillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUC
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chonil
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8373 y
33 3624 6324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carratera Colotlán No. 515
Av. Juan G. Preciado y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4465

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.



HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN

Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE

Dr. Luis Parrañ No. 560
Col. Villa de los Bolesnes
C.P. 45157
Tel: 33 36318 2200, ext. 3908 y

CRUZ VERDE SUR

Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISMO

Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 3410 7589

CRUZ VERDE VILLA

DE GUADALUPE
Carretera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45155
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTALUCIA

Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Charros
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA

Carretera Colotlán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C1
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4465

Correo electrónico

transparencia.salud@zapopan.gob.mx

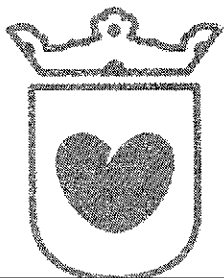
Página web:

www.salud.zapopan.gob.mx

10	Listado. Con el fin de estar en igualdad de condiciones para participar, se solicita amablemente a la convocante sea compartido el listado del personal a asegurar en Formato Excel, en el cual deberá incluir la fecha de nacimiento y sexo del. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: El listado de asegurados se entregará al finalizar la junta de aclaraciones
11	Valores agregados. Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar que el licitante que oferte algo distinto a lo solicitado en bases será descalificado, esto para estar en igualdad de condiciones. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: No es correcta su apreciación, los licitantes podrán ofertar valores agregados que sean en beneficio de la convocante y sus asegurados sin que estos representen un costo extra en la oferta económica presentada
12	General. Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar a quien irán dirigidos nuestros anexos y escritos Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Los escritos y anexos deberán dirigirse al Comité de adquisiciones del O.P.D. Servicios de salud del Municipio de Zapopan
13	Página 3 de 27 Incisos d), e), f), g) h). Se solicita amablemente a la convocante se sirva de confirmar que daremos cumplimiento a este punto al presentar los documentos descargados de sus respectivos portales ya que al contar con cadena original y sello digital fungen como originales. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Es correcta su apreciación
14	Apreciaremos de la Convocante, indicar si ¿está permitida la intermediación a través de un agente en la contratación de los servicios? Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
15	A efecto de permitir una participación equitativa, clara y transparente entre los licitantes, agradeceremos de la Convocante indicar el presupuesto asignado para poder otorgar la prestación que se licita. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
16	Se le solicita amablemente a la convocante confirmar que el pago de la prima es realizado en su totalidad por el contratante, por lo que el asegurado no participa de manera alguna en el pago del servicio del seguro Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Es correcta su apreciación
17	Apreciaremos de 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, siempre y cuando no contravengan con las disposiciones legales vigentes Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Las cláusulas, condiciones especiales solicitadas en las presentes bases y todo lo derivado de la junta de aclaraciones forman parte integral de las pólizas de seguro y tendrán prelación sobre las condiciones generales de la aseguradora; y para aquello no descrito en bases y junta de aclaraciones, operará de conformidad



[Handwritten signatures and marks]



Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

	a las condiciones generales siempre y cuando sea en beneficio del contratante y el interés asegurable.
18	En relación al personal a asegurar, agradeceremos de la Convocante, indicar las ocupaciones del personal. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Personal médico, operativo y administrativo propio del organismo
19	Se solicita indique cual es el documento con el que se acreditara la pertenencia al grupo asegurado Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Recibos de nomina
20	Se le solicita amablemente a la convocante que nos indique cuántas personas se encuentran jubiladas, pensionadas, con licencia médica o que no estén laborando activamente. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
21	Se solicita amablemente a la convocante se sirva de compartir la siniestralidad de los últimos 5 años en formato Excel, en el que se especifique fecha de pago, monto del pago, cobertura afectada y causa del fallecimiento. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
22	Se solicita amablemente a la Convocante se sirva de compartir el número de asegurados expuestos y suma asegurada total de las últimas tres vigencias, indicando la regla de suma asegurada y coberturas con que contaba en cada una de ellas. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
23	Se solicita amablemente a la convocante confirmar que en caso de que mi representada resulte adjudicada, y el listado proporcionado para la emisión de la póliza sea diferente al cotizado, se podrá ajustar la prima (mayor o menor) respetando la cuota ofertada. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Es correcta su apreciación
24	Se solicita amablemente a la convocante confirmar que no es motivo de descalificación que las edades de aceptación para la cobertura de Invalidez total y permanente sea de 15 años a 64 años con cancelación automática a los 65 años, ya que usualmente así se otorgan en el mercado. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: No es correcta su apreciación, las coberturas solicitadas deberán operar sin limite de edad
25	Se solicita amablemente a la convocante indicar si se cubrirá muerte accidental por una suma asegurada de \$315,000 y ésta se pagará de forma adicional a la cobertura básica por causa de un accidente. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Es correcta su apreciación
26	Se le solicita amablemente a la convocante confirmar que las coberturas de fallecimiento e invalidez son excluyentes. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Es correcta su apreciación, sin embargo si el asegurado fallece durante el trámite de reclamación de la cobertura de Invalidez total y permanente, deberá indemnizarse la cobertura de fallecimiento a los beneficiarios designados.



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramon Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Betanés
C.P. 45157
Tel: 33 36818 2200, ext. 3908 y 3

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISTA
Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45100
Tel: 33 3610 7539

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Callejón Sañito No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45100
Tel: 33 4305 4463

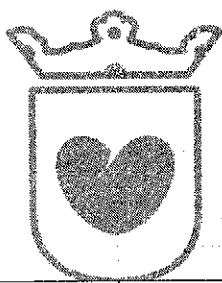
CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 705
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3621 8323 y
33 3634 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Callejón Colón No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4 305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx



[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]



Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

27	Se le solicita amablemente a la convocante confirmar que en caso de que algún asegurado padezca una enfermedad o se encuentre en periodo de incapacidad temporal, y posteriormente le sea dictaminada la incapacidad total y permanente dentro del periodo de la vigencia de esta póliza, dicho padecimiento considerado preexistente se cubrirá, considerando que la fecha de la incapacidad será la del dictamen médico Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Para la cobertura de invalidez total y permanente la fecha de siniestro a considerar, será la fecha del dictamen definitivo por parte del Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco (IPEJAL)
28	Solicitamos amablemente a la convocante nos confirme que en caso de que un asegurado se haya dictaminado invalidez total y permanente, será dado de baja de la póliza de grupo por lo que no quedara asegurado en caso de fallecimiento posterior durante la vigencia de la póliza. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Es correcta su apreciación, sin embargo si el asegurado fallece durante el trámite de reclamación de la cobertura de Invalidez total y permanente, deberá indemnizarse la cobertura de fallecimiento a los beneficiarios designados.
29	En caso de resultar negativa su respuesta anterior confirmar si en caso de que un asegurado que se le haya dictaminado Invalidez Total y permanente será dado de baja de la póliza del grupo y se le otorgará una póliza individual de seguro ordinario de vida, sin pago adicional de primas, solamente por la cobertura de fallecimiento. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Favor de remitirse a la respuesta de la pregunta inmediata anterior
30	Se le solicita amablemente a la convocante nos indique si existe periodo de espera para las coberturas por Invalidez Total y Permanente
	R: No existe periodo de espera para ninguna cobertura solicitada
	Se le solicita amablemente a la convocante confirmar que en caso de que algún asegurado padezca una enfermedad o se encuentre en periodo de incapacidad temporal, y posteriormente le sea dictaminada la incapacidad total y permanente dentro del periodo de la vigencia de esta póliza, dicho padecimiento considerado preexistente se cubrirá, considerando que la fecha de la incapacidad será la del dictamen médico. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	R: Para la cobertura de invalidez total y permanente la fecha de siniestro a considerar, será la fecha del dictamen definitivo por parte del Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco (IPEJAL)
31	En caso de cubrir la preexistencia en la invalidez, agradeceremos nos indique el número de personas, el tipo de incapacidad y los parámetros bajo los cuáles serán aceptados. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
32	Se le solicita amablemente a la convocante nos indique cuáles de los asegurados se encuentran actualmente en un proceso o ya confirmado estado de incapacidad parcial o total ya sea temporal o permanente, indicando detalle de causa y fecha de ocurrido. Favor de compartirnos su amable respuesta.
	Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
33	Se le solicita amablemente a la convocante que en caso de que se encuentren personas mayores de 70 años en el listado, éstas se encuentran aseguradas en la vigencia actual y tienen forma de comprobarlo. Favor de compartirnos su amable respuesta.



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel. 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Boerles
C.P. 45157
Tel: 33 36318 2700, ext. 3908 y 3

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45030, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISTA
Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7589

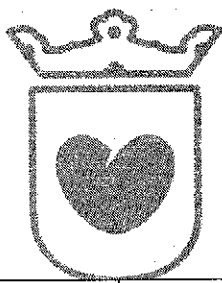
CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Sotillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCI
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chomil
C.P. 45200 Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colotlán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.1
C.P. 45700, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx





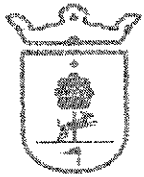
Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso

• ASEGURADORA PATRIMONIAL VIDA, S.A. DE C.V.

Numero	Pregunta
1	GENERAL. Se solicita a la convocante nos proporcione el acta de junta de aclaraciones, listados y todo lo que resulte de ella de manera editable en formato Excel o Word según sea el caso, así mismo las bases de la presente licitación. Favor de pronunciarse al respecto. R: El acta de la junta de aclaraciones se pondrá a disposición de los licitantes en el formato disponible en el portal de internet del organismo
2	ANEXO 5. Se solicita a la convocante confirme que se deberá de incluir el Anexo 5 sin anexar las modificaciones o aclaraciones, y se deberá de anexar un manifiesto bajo protesta de decir verdad que se aceptan todas las modificaciones derivadas de la junta de aclaraciones. Favor de pronunciarse al respecto. R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse a lo solicitado en bases considerando lo derivado de la junta de aclaraciones e información proporcionada
3	ANEXO 2. Para acreditar la existencia legal del licitante, la dependencia solicita la Licencia Municipal, sin embargo, en el caso de los proveedores foráneos al estar registrados de manera fiscal en otra entidad, no están obligados a contar con dicho documento, motivo por el cual se solicita a la convocante, sea suficiente con presentar todos los documentos referidos en este punto sin ser motivo de desechamiento el no presentar la Licencia Municipal, para cumplir y acreditar la existencia legal y personalidad jurídica de los licitantes. Favor de pronunciarse al respecto. R: Para el presente requisito deberán presentar comprobante de domicilio de su domicilio fiscal, sin embargo deberá acreditar con licencia municipal y comprobante de domicilio contar con oficina en la Zona Metropolitana de Guadalajara con el fin de garantizar la prestación del servicio.
4	ANEXO 5. Favor de confirmar que cuando solicitan que no se cuente con sanciones en el periodo publicado de enero a septiembre de 2023, se refieren a que no se cuentan con la OPD., por lo anterior, solicitamos se nos permita presentar un escrito bajo protesta de decir verdad que no contamos con sanciones con la OPD. R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse a lo solicitado en el requisito señalado, así mismo deberá manifestar bajo protesta de decir verdad de no estar o haber sido inhabilitado por alguna autoridad competente por incumplimiento de contrato o pedido ante el Gobierno Federal, Estatal o Municipal en un periodo de 3 años a la fecha de presentación y apertura de propuestas.
5	ANEXO 5. En caso de que la respuesta anterior sea negativa, solicitamos se exima el requisito en cuestión para no limitar la libre participación y así obtengan mayor cantidad de propuestas. R: Favor de remitirse a la respuesta inmediata anterior, siendo una condición no limitativa si no de seguridad y garantía para el organismo
6	Favor de confirmar que para todas aquellas condiciones no establecidas o especificadas en las bases de la presente licitación y, en las modificaciones derivadas de la junta de aclaraciones, operarán de acuerdo con las condiciones generales vigentes del producto de la Aseguradora adjudicada. R: Las cláusulas, condiciones especiales solicitadas en las presentes bases y todo lo derivado de la junta de aclaraciones



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Barrón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farfán No. 550
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tel: 33 38818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9171 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No. 750
Col. Quinto Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 3410 7584

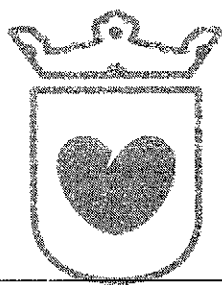
CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCIA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Charritos
C.P. 45200 Tel: 33 3624 8223 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colohán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4465

Correo electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

	forman parte integral de las pólizas de seguro y tendrán prelación sobre las condiciones generales de la aseguradora; y para aquello no descrito en bases y junta de aclaraciones, operará de conformidad a las condiciones generales siempre y cuando sea en beneficio del contratante y el interés asegurable, debiendo presentar un escrito manifestando bajo protesta de decir verdad lo anterior
7	Solicitamos a la convocante proporcionar el listado de asegurados actualizado, contemplando integrar RFC, fecha de nacimiento, actividad y/o subgrupo R: La información disponible se entregará al finalizar la junta de aclaraciones
8	Se solicita a la convocante proporcionar, información de siniestralidad de los últimos 5 años, donde incluya: <ul style="list-style-type: none"> • Número de siniestro. • Monto reclamado y pagado de los siniestros. • Cobertura afectada (Fallecimiento, Accidentes, o Invalidez). • Fecha de ocurrido, reportado y pagado. Favor de pronunciarse al respecto. R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
9	Solicitamos a la convocante ratificar: la fecha en que enviarán el listado final con el objeto de realizar el ajuste final, y que la metodología de cálculo queda a cargo de la aseguradora adjudicada, con el cual se realizará el cobro o devolución de prima por los movimientos de altas, bajas. Favor de pronunciarse al respecto. R: La póliza será autoadministrada sin ajuste al final de vigencia
10	Solicitamos a la convocante confirmar, que la forma de pago será de contado, en caso contrario, favor de especificar. R: Es correcta su apreciación
11	Solicitamos a la convocante, confirmar que el precio unitario, se refiere al total de asegurados y no a la prima promedio por asegurado. Favor de pronunciarse al respecto R: Es correcta su apreciación



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Pantón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel. 33 3631 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Ferrán No. 550
Col. Villa de los Belesnes
C.P. 45157
Tel: 33 38818 2200, ext. 3908 y 3209

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 0471 y 33 3134 4200 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISTA
Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalista
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7587

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Cabeza de Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4465

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chumpeles
C.P. 45201, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 3024

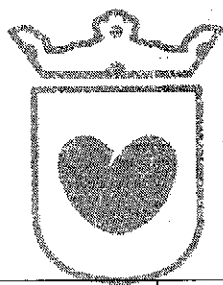
CRUZ VERDE NIÑA EVA
Cabeza de Colón No. 515
Av. Juan del Preciado y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel. 33 4305 4485

Correo electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.gob.mx

• SEGUROS ARGOS, S.A. DE C.V.

Numero	Pregunta
1	Página 8. Garantía. Se solicita a la Convocante indique si este requisito debe cumplirse, no obstante que, de conformidad con lo previsto por el artículo 15 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas que regulan a las instituciones de seguros, las compañías de seguros son de acreditada solvencia, por lo que están exentas de exhibir garantías. Favor de pronunciarse al respecto. R: No se acepta su propuesta, deberá apegarse a lo solicitado en bases
2	Página 8. Contrato. Se solicita a la Convocante señale si el contrato de prestación de servicios podrá modificarse a conveniencia de ambas partes, sin afectar el alcance y contenido de las bases de licitación y de su junta de aclaraciones. Favor de pronunciarse al respecto. R: El contrato se elaborará de acuerdo a los requerimientos establecidos en las bases, anexos y junta de aclaración del presente proceso
3	Página 8. Contrato. Se solicita a la Convocante indique si en el contrato podrá incorporarse la obligación de la Convocante de proporcionar la información y documentación legal a que se refieren las disposiciones de carácter general del artículo 492 de la Ley de

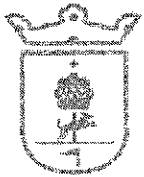




Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

	Instituciones de Seguros y de Fianzas, tanto de ésta como de cada miembro asegurado. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: No es correcta su apreciación, sin embargo la información solicitada en el artículo 492 de la ley de instituciones de seguros y fianzas, se entregará al licitante adjudicado sin que esta sea condicionante para la prestación del servicio y entrega de pólizas correspondientes.
4	Página 8. Contrato. Se solicita a la Convocante que entregue todos los documentos y datos que requieren el acuerdo de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, así como que tendrán a disposición de la compañía de seguros, cuando ésta lo requiera todos los datos y documentos de identificación de cada uno de los miembros del grupo asegurado. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: La información solicitada en el artículo 492 de la ley de instituciones de seguros y fianzas, se entregará al licitante adjudicado sin que esta sea condicionante para la prestación del servicio y entrega de pólizas correspondientes.
5	Página 8. Contrato. Se solicita de la manera más atenta a la Convocante señalar que, en cumplimiento a lo previsto por las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas proporcionará a la aseguradora que resulte ganadora el lista de asegurados donde se indique, cuando menos: Nombre del asegurado, Fecha de Nacimiento y Registro Federal de Contribuyentes, y, en caso de así ser requerido por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y/u otra autoridad competente, que proporcionará a la aseguradora ganadora la información y documentación de identificación de los asegurados, prevista en las citadas disposiciones de carácter general, aún fuera de la vigencia de las pólizas. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: La información solicitada en el artículo 492 de la ley de instituciones de seguros y fianzas, se entregará al licitante adjudicado sin que esta sea condicionante para la prestación del servicio y entrega de pólizas correspondientes.
	Página 8. Contrato. Se solicita de la manera más atenta a la Convocante señalar que, en cumplimiento a lo previsto por las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas proporcionará a la aseguradora que resulte ganadora el lista de asegurados donde se indique, cuando menos: Nombre del asegurado, Fecha de Nacimiento y Registro Federal de Contribuyentes, y, en caso de así ser requerido por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y/u otra autoridad competente, que proporcionará a la aseguradora ganadora la información y documentación de identificación de los asegurados, prevista en las citadas disposiciones de carácter general, aún fuera de la vigencia de las pólizas. Favor de pronunciarse al respecto.
6	R: El listado con los datos disponibles será entregado al finalizar de la junta de aclaraciones
7	Página 9. Datos de Facturación / Pago de Prima. Se solicita a la Convocante, confirmar que el pago de la prima se cubrirá al 100% por la Convocante y no será contributiva en ningún porcentaje. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación
8	Página 9. Datos de Facturación / Pago de Prima. Que señale la Convocante, si para el personal que se encuentre en licencia con o sin goce de sueldo, la Convocante cubrirá el pago de primas y éste estará considerado en el recibo de pago que se haga a la Compañía de Seguros adjudicada. Favor de pronunciarse al respecto.



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Barón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Parah No. 550
Col. Villa de los Señales
C.P. 45157
Tel: 33 36818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz. de Sur No. 3330
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3950

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7589

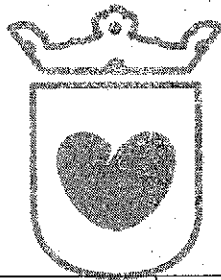
CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Avenida la Presa No. 705
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colón No. 516
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.gob.mx





LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Salud
Zapopan

	R: La prima de la póliza la cubrirá en su totalidad el O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, para todo su personal activo.
9	Página 9. Datos de Facturación / Pago de Prima. Se solicita a la Convocante indicar si la prima será cubierta vía transferencia electrónica o bien indicar el instrumento monetario que se utilizará para el pago. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: El pago de primas se realizará mediante transferencia bancaria
10	Página 9. Datos de Facturación / Pago de Prima. Se solicita a la Convocante confirme si la misma pagará en su totalidad la prima de seguro de las pólizas solicitadas, o en su defecto, si el pago provendrá de alguna otra entidad. En caso de que el pago sea de otra entidad, favor de proporcionar el nombre de la misma y si ésta cuenta con la partida presupuestaria correspondiente para tal efecto. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: La prima de la póliza la cubrirá en su totalidad el O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, para todo su personal activo.
11	Página 9. Datos de Facturación / Pago de Prima. Se solicita a la Convocante confirme el nombre de la entidad a la cual debe emitirse el recibo de pago de primas correspondiente. Favor de pronunciarse al respecto.
	Deberá apegarse a lo solicitado en el apartado DATOS DE FACTURACIÓN de la pagina 9 de las bases.
12	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. Se solicita respetuosamente a la Convocante indicar si la presente licitación se excluye personal jubilado o pensionado. Favor de pronunciarse al respecto.
	La colectividad asegurable es personal activo del el O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan
13	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. Se le solicita a la Convocante confirmar que la base de asegurados proporcionada mediante el presente proceso de licitación en bases de licitación o junta de aclaraciones será la misma base de asegurados que se utilizará para la emisión. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación
14	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. En caso de que la aclaración anterior sea respondida en sentido negativo, se solicita amablemente a la Convocante confirmar que, en caso de resultar adjudicados, y el listado proporcionado para la emisión de la póliza sea diferente al cotizado, se podrá ajustar la prima (mayor o menor) respetando la cuota ofertada. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Apegarse a respuesta de pregunta inmediata anterior
15	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. Agradecemos confirmar por parte de la Convocante que la información proporcionada por la misma, para la emisión de la propuesta económica o cotización, es definitiva y no tendrá variaciones para efectos de la emisión de la póliza de seguro que corresponda, en caso de que mi representada resulte adjudicada. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación
16	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. En caso de que la aclaración anterior sea respondida en sentido negativo, se solicita amablemente a la Convocante confirmar que, en caso de resultar adjudicados, y la información proporcionada para la emisión de la póliza sea diferente al cotizado, se podrá ajustar



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Paseo Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Ferrer No. 550
Col. Villa de los Belanes
C.P. 45157
Tel: 33 36810 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3933

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintana No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 3490 7509

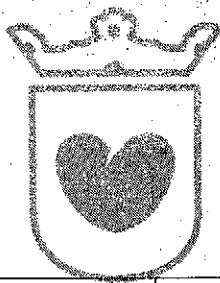
CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45100
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Charitos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8303 y
33 3674 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colón No. 516
Av. Juan Gálvez Peñalvo y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4455

Correo electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.zapopan.gob.mx





LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Salud
Zapopan



HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Callejón Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farán No. 550
Col. Villa de los Releves
C.P. 45157
Tel: 33 38616 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Julio Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7589

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Sáltico No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45160
Tel: 33 4305 4463

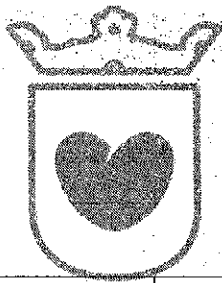
CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Prusa No. 725
Col. Santa María de los Chirrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colotlán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C.P. 45290, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4465

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

	la prima (mayor o menor) respetando la cuota ofertada. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Apegarse a respuesta de pregunta inmediata anterior
17	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. Que señale la Convocante si actualmente algún miembro del grupo asegurable se encuentra en proceso de obtener dictamen de invalidez o incapacidad. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
18	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. Respecto del personal, se solicita de forma respetuosa y atenta a la Convocante nos indique si incluye personal que se encuentre en litigio contra la Convocante, personal en licencias médicas, en procesos de declaración de ausencia y/o en proceso de declaración de muerte, y en su caso, cuántos casos por cada situación o evento. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
19	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. Se solicita de forma respetuosa a la Convocante que indique si cuenta con personal sujeto a un contrato civil y/o al pago de honorarios, no regulados o considerados por las legislaciones del trabajo aplicables. Favor de pronunciarse al respecto.
	La colectividad asegurable es personal activo del el O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan
20	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. En caso de que la pregunta anterior sea contestada en forma afirmativa, se pide de la manera más atenta a la Convocante indique si el personal sujeto a un contrato civil y/o al pago de honorarios, no regulados o considerados por las legislaciones del trabajo aplicables, cuenta con un esquema de seguridad social y, en su caso, el nombre del Instituto de seguridad social al cual se encuentre afiliado. Favor de pronunciarse al respecto.
	La colectividad asegurable es personal activo del el O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan
21	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. Se solicita de la manera más atenta a la Convocante confirme si la(s) póliza(s) de seguro solicitada(s) deben emitirse a nombre de OPD. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN, en calidad de Contratante, o en su defecto, que indique a nombre de quien(es) debe(n) emitirse la(s) póliza(s) [nombre del(los) contratante(s)]; a cargo de la compañía de seguros que resulte adjudicada. Favor de pronunciarse al respecto.
	Los datos de emisión y facturación se proporcionarán al licitante adjudicado
22	Página 19. Anexo 5. Descripción detallada de bienes y/o servicios. Se solicita a la Convocante indicar si cuenta con personal pensionado en activo. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
23	Página 20. Anexo 5. Suma asegurada por invalidez total y permanente. Se solicita en forma respetuosa a la Convocante que confirme si el Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco es quien

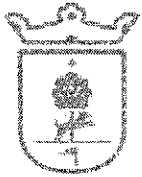




LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ.

Salud
Zapopan

	realiza el pago de pensiones de personal con dictamen de invalidez total y permanente. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: es correcta su apreciación
24	Página 20. Anexo 5. Suma asegurada por invalidez total y permanente. En caso de que la aclaración anterior sea respondida en sentido negativo, favor de especificar el instituto u organismo(s) que pague la pensión del asegurado. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Apegarse a respuesta de pregunta inmediata anterior
25	Página 20. Anexo 5. Suma asegurada por invalidez total y permanente. Se solicita a la Convocante confirmar que, en los casos de Invalidez Total y Permanente, se aceptaran únicamente dictámenes de Invalidez Total y Permanente emitidos por el Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco.
	R: Es correcta su apreciación
26	Página 20. Anexo 5. Suma asegurada por invalidez total y permanente. Se solicita a la Convocante confirme que los dictámenes de invalidez total y permanente correspondientes se emiten en los formatos institucionales del Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco, reconocidos conforme a su regulación vigente. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación
27	Página 20. Anexo 5. Suma asegurada por invalidez total y permanente. Que indique la Convocante si para efectos de considerar el estado de invalidez total y permanente, se aplicará la fecha de baja del trabajador la cual deberá acreditarse en el formato de movimientos de personal. Favor de pronunciarse al respecto.
	Para la cobertura de invalidez total y permanente la fecha de siniestro a considerar, será la fecha del dictamen definitivo por parte del instituto de Pensiones del Estado de Jalisco (IPEJAL)
28	Página 20. Anexo 5. Suma asegurada por invalidez total y permanente. En caso de que la Convocante cuente con personal sujeto a un contrato civil y/o al pago de honorarios, no regulados o considerados por las legislaciones del trabajo aplicables, agradeceremos se sirva confirmar si dicho personal cuenta con un esquema de seguridad social y, en su caso, el nombre del Instituto de seguridad social al cual se encuentre afiliado. Favor de pronunciarse al respecto.
	La colectividad asegurable es personal activo del el O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan
29	Página 20. Anexo 5. Suma asegurada por invalidez total y permanente. Agradecemos a la Convocante indicar si los médicos que dictaminan la invalidez son médicos certificados en medicina del trabajo. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Para la cobertura de invalidez total y permanente deberá considerar el dictamen definitivo emitido por parte del Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco (IPEJAL)
30	Página 20. Anexo 5. Prórroga. Se pide en forma respetuosa a la Convocante aclare si cuando indica que la misma podrá solicitar prórroga a la aseguradora adjudicada, si se refiere a plazo de ampliación de vigencia de la póliza de seguro o ampliación del plazo de prórroga previsto en la norma legal (artículo 81 Ley sobre el Contrato de Seguro). Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Los precios ofertados permanecerán fijos desde la entrega de la propuesta y hasta la entrega total de las partidas asignadas y/o vigencia del contrato, considerando lo establecido en el artículo 80 punto 1 y 81 de la Ley de Compras Gubernamentales, Enajenaciones y Contratación de Servicios del Estado de Jalisco y sus Municipios
31	Página 23. Anexo 5. Calificación IDATU-CONDUSEF. Se solicita de la manera más atenta a la convocante si el no contar con



Gobierno de Zapopan

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 350
Col. Villa de los Beñenes
C.P. 45157
Tel: 33 36618 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45000, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45100
Tel: 33 2410 7589

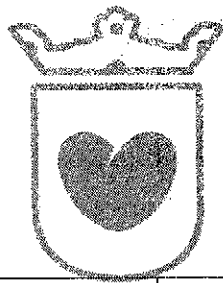
CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Canetosa Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200. Tel: 33 3624 8323 y 33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Canetosa Colistlán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4465

Correo electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx





LICITACION PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Salud
Zapopan

	calificación igual o mayor a 9.50 será considerada causa de descalificación. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación, es causa de descalificación no presentar los requisitos señalados en bases
32	Anexo 5. Se le solicita a la Convocante proporcionar la siniestralidad detallada y actualizada por cobertura, monto, fecha de ocurrido y fecha de reportado de las últimas 5 vigencias. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
33	Anexo 5. Que señale la Convocante si se apegará a los requisitos para pago de siniestro que tenga definidos la Compañía de Seguros adjudicada en su check list institucional. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Para las reclamaciones de las coberturas solicitadas deberán considerar la siguiente documentación:
	<p>Fallecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ultimo designación de beneficiarios original firmado por el Asegurado, sin importar de que compañía sea el formato. ▪ Original o copia certificada ante Notario del Acta de defunción ▪ Copia del Certificado de Defunción ▪ Original o copia certificada ante Notario del Acta de Nacimiento del asegurado ▪ Si el beneficiario es el cónyuge, original del Acta de Matrimonio o comprobante de concubinato antes un Juez de lo Familiar ▪ Para cualquier otro beneficiario, original o copia certificada ante Notario del Acta de Nacimiento ▪ En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, Patria Potestad ante un Juez de lo Familiar ▪ Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado y Beneficiario(s) ▪ Oficio de baja por parte de Recursos Humanos del organismo ▪ Comprobante de Domicilio del (los) beneficiario(s) no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión. ▪ Formato de reclamación ▪ Estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses del beneficiario ▪ Recibo de nomina <p>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.</p> <p>Para aquellos casos donde no se cuente con la designación de beneficiarios procederá presentar juicio sucesorio o la declaración de beneficiarios emitida por el Tribunal de Arbitraje y Escalafón.</p> <p>Invalidez Total y Permanente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Original del acta de nacimiento del asegurado ▪ Ultimo Consentimiento del seguro de vida con el que se cuente ▪ Copia de la identificación oficial del asegurado ▪ Constancia de Clave Única del Registro de Población del asegurado



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Parah No. 550
Col. Villa de los Dolores
C.P. 45157
Tel: 33 36918 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3635
C.P. 45020, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800, ext. 3753

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Calle Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45160
Tel: 33 2410 7589

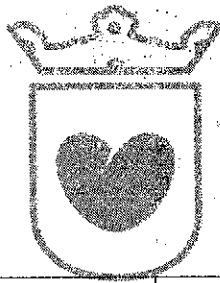
CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Prosa No. 795
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE MIÑA EVA
Carretera Colotlan No. 515
Av. Juan G. Prochano y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
emost@salud.zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx





LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ.

Salud
Zapopan



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cátedra Municipal
Zapopan, Jalisco

CRUZ VERDE MORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Reyes
C.P. 45157
Tel: 33 3688 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Aguilas
Tel: 33 3631 0471 y 33 3134 4200 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45100
Tel: 33 3490 7589

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera Galileo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4163

CRUZ VERDE SANTA LUCIA
Avenida la Piedad No. 795
Col. Santa María de los Ufariños
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y 33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colchín No. 515
Av. Juan Gál Proclama y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4165

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx

- Llenado del formato de declaración de Invalidez y Pérdidas Orgánicas
- Dictamen Médico de Incapacidad Total y Permanente emitido por el IPEJAL
- Oficio de baja por Invalidez total y permanente por parte de Recursos Humanos del organismo
- Comprobante de Domicilio del asegurado no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.
- Estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses
- Recibo de nomina

Anticipo de Suma asegurada por Enfermedad Terminal

- Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado
- Original o copia certificada del Acta de Nacimiento del asegurado
- Dictamen emitido por el médico o médicos que hubieran atendido al Asegurado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen.
- Oficio por parte de Recursos Humanos solicitando el pago de cobertura
- Comprobante de Domicilio del asegurado no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión
- Recibo de nomina

Gastos Funerarios

- Ultima designación de beneficiarios con la que se cuente en original firmado por el Asegurado
- Copia del Certificado de Defunción
- Original del Acta de Nacimiento del asegurado actualizada
- Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado y Beneficiario(s)
- Comprobante de Domicilio del (los) beneficiario(s) no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.
- Estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses del beneficiario
- Recibo de nomina

34

Anexo 5. Que señale la Convocante si los siniestros ocurridos antes de la vigencia de la póliza serán cubiertos por la Compañía de Seguros que actualmente cuenta con la póliza. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R: Es correcta su apreciación

35

Anexo 5. En caso de que la respuesta a la pregunta anterior sea negativa, que indique la convocante que la reserva que tiene la aseguradora que opere la póliza vigente, debe ser entregada a la aseguradora que resulte ganadora en este proceso de licitación, a fin de que pueda cubrir los eventos ocurridos antes de la entrada en vigor de la nueva póliza y los cuales no han sido aún reportados. **Favor de pronunciarse al respecto**

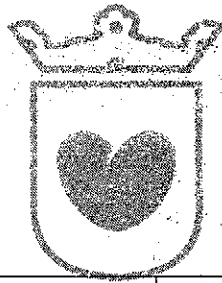
R: Apegarse a respuesta de pregunta inmediata anterior

36

Anexo 5. Se solicita a la Convocante ratificar que las condiciones solicitadas en la presente licitación son las mismas que las de la



[Handwritten signatures and marks]



LICITACION PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Salud
Zapopan

	vigencia actual o de su último proceso de licitación. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
37	Anexo 5. En caso de que la aclaración anterior sea respondida en sentido negativo, favor de especificar las condiciones que son distintas con respecto a las vigentes o de su último proceso de licitación. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
38	Anexo 5. Se solicita a la Convocante, confirmar que, en todas las condiciones no contempladas en las bases de licitación, serán aplicables las Condiciones Generales que la compañía de seguros adjudicada. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Las cláusulas, condiciones especiales solicitadas en las presentes bases y todo lo derivado de la junta de aclaraciones forman parte integral de las pólizas de seguro y tendrán prelación sobre las condiciones generales de la aseguradora; y para aquello no descrito en bases y junta de aclaraciones, operará de conformidad a las condiciones generales siempre y cuando sea en beneficio del contratante y el interés asegurable, debiendo presentar un escrito manifestando bajo protesta de decir verdad lo anterior
39	Anexo 5. Se solicita a la Convocante confirmar si la compañía de seguros participante podrá proponer su propio modelo de Condiciones Generales, exclusiones y definiciones, siempre y cuando éstas no contradigan lo previsto en Bases de Licitación, es decir, que puedan expresar lo mismo, aunque con un formato o texto distinto. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Las cláusulas, condiciones especiales solicitadas en las presentes bases y todo lo derivado de la junta de aclaraciones forman parte integral de las pólizas de seguro y tendrán prelación sobre las condiciones generales de la aseguradora; y para aquello no descrito en bases y junta de aclaraciones, operará de conformidad a las condiciones generales siempre y cuando sea en beneficio del contratante y el interés asegurable, debiendo presentar un escrito manifestando bajo protesta de decir verdad lo anterior
40	Anexo 5. Se solicita en forma atenta a la Convocante que indique si llevará a cabo una campaña con sus trabajadores, para el proceso de llenado del formato de Certificado-Consentimiento en el que se designarán beneficiarios, el cual será el que la Compañía de Seguros adjudicada proporcione para tal fin. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: La compañía de seguros que resulte ganadora debe reconocer y/o aceptar consentimientos y designación de beneficiarios de vigencias previas y/o en formatos emitidos por otras empresas compañía de seguros, con los que el organismo cuente en original firmado por el asegurado
41	Anexo 5. En caso de que la pregunta previa sea contestada en sentido negativo. Se indica a la Convocante, que la compañía de seguros que resulte ganadora debe reconocer y/o aceptar consentimientos y designación de beneficiarios de vigencias previas y/o en formatos emitidos por otras empresas compañía de seguros. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Carretera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Balcones
C.P. 45157
Tel: 33 38818 2200, ext. 3909 y 3907

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Las Quintas No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7569

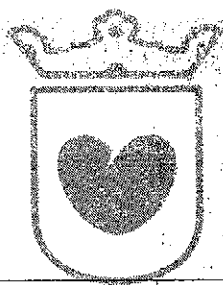
CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Saitillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Caminos
C.P. 45200, Tel: 33 3634 5513 y
33 3624 9324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Cuapitlán No. 3/5
Av. Juan Gil Preciado y C.T.
C.P. 45100, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4463

Correo electrónico
transparencia@saludzapopan.gob.mx
Página web:
www.saludzapopan.mx





LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ.

Salud
Zapopan



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Ranón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farfán No. 550
Col. Villa de los Bienes
C.P. 45157
Tel: 33 36848 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 450450, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quintana No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45150
Tel: 33 240 7597

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Cartera Sanfilippo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Prasa No. 795
Col. Santa María de los Ríos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y 33 3624 8324

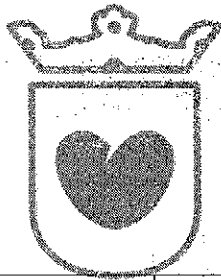
CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colón No. 515
Av. Juan Gil Peón y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.gob.mx

42	<p>Anexo 5. En caso de que la compañía de seguros que resulte adjudicada deba reconocer consentimientos de vigencias previas y/o en formatos emitidos por otras instituciones de seguro, se solicita a la Convocante nos indique si los consentimientos para ser asegurados y designación de beneficiarios, con los que cuenta, cumplen con todos los elementos y requisitos previstos en el Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, a saber: (a) Suma Asegurada, (b) del asegurado: Actividad, Ocupación o Profesión, Domicilio, Teléfono, RFC Y CURP, Nacionalidad, País de nacimiento o de origen y correo electrónico; y (c) en el caso de beneficiarios, los relativos a: domicilio, fecha de nacimiento, porcentaje y parentesco. Favor de pronunciarse al respecto</p>
	<p>R: La compañía de seguros que resulte ganadora debe reconocer y/o aceptar consentimientos y designación de beneficiarios de vigencias previas y/o en formatos emitidos por otras empresas compañía de seguros, con los que el organismo cuente en original firmado por el asegurado</p>
43	<p>Anexo 5. Se pide en forma atenta a la Convocante que indique si, para los nuevos ingresos o altas en el grupo asegurado, se recabarán los consentimientos y designación de beneficiarios en los formatos de la compañía de seguros que resulte adjudicada, registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Favor de pronunciarse al respecto.</p>
	<p>R: Es correcta su apreciación.</p>
44	<p>Anexo 5. En caso de que la pregunta anterior sea contestada en sentido negativo y la compañía de seguros que resulte adjudicada deba aceptar el formato que para tal efecto tenga considerado la Convocante, se solicita a la Convocante indique si el mismo podrá ser modificado para incorporar la información mínima requerida por la legislación vigente en materia de seguros y en las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, particularmente del asegurado: Domicilio, Teléfono, RFC Y CURP, Nacionalidad, País de nacimiento o de origen y correo electrónico; y en el caso de beneficiarios, los relativos a: domicilio del beneficiario y fecha de nacimiento. Favor de pronunciarse al respecto.</p>
	<p>R: La información solicitada en el artículo 492 de la ley de instituciones de seguros y fianzas, se entregará al licitante adjudicado sin que esta sea condicionante para la prestación del servicio y entrega de pólizas correspondientes.</p>
45	<p>Anexo 5. Que indique la Convocante si los formatos de designación de beneficiarios que presentarán para la reclamación de siniestros estarán debidamente autorizados y firmados por el funcionario facultado y último que el asegurado haya requisitado, dicho formato permanecerá en el expediente del trabajador. Favor de pronunciarse al respecto.</p>
	<p>R: Es correcta su apreciación, la compañía de seguros que resulte ganadora debe reconocer y/o aceptar consentimientos y designación de beneficiarios de vigencias previas y/o en formatos emitidos por otras empresas compañía de seguros, con los que el organismo cuente en original firmado por el asegurado acompañado de un oficio de la dependencia certificando lo anterior</p>
46	<p>Anexo 5. Se solicita a la Convocante confirmar que, en caso de no contar con formato de designación de beneficiarios, se aplicarán las reglas del <i>Derecho Sucesorio</i>. Favor de pronunciarse al respecto.</p>
	<p>R: Para aquellos casos donde no se cuente con la designación de beneficiarios proceda a presentar juicio sucesorio o la</p>



[Firma manuscrita]



LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Salud
Zapopan

	<p>declaración de beneficiarios emitida por el Tribunal de Arbitraje y Escalafón.</p>
47	<p>Anexo 5. Se indica a la Convocante que atendiendo las disposiciones fiscales vigentes y aplicables, se tendrá que acreditar en forma fehaciente la relación de parentesco que justifique las excepciones de Ley para efectos de la deducción del impuesto sobre la renta. Favor de pronunciarse al respecto.</p> <p>R: Es correcta su apreciación</p>
48	<p>Anexo 5. Se solicita a la Convocante confirme si tiene personal que no sepa leer, escribir y/o que por cualquier otro motivo no pueda llenar y firmar sus formatos de consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios. Favor de pronunciarse al respecto.</p> <p>R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso</p>
49	<p>Anexo 5. En caso de que, por impedimento algún miembro de su personal no pueda llenar y firmar sus formatos de consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios, se solicita a la Convocante confirme que en dichos formatos el asegurado estampa su huella digital, firmando alguna persona a su nombre y ruego, así como en presencia de, al menos, dos testigos, conforme lo indican las disposiciones civiles sustantivas vigentes. Favor de pronunciarse al respecto.</p> <p>R: es correcta su apreciación</p>
50	<p>Se solicita a la convocante que confirme si cuenta con personal menor de edad para incorporar en la póliza de seguro de vida grupo requerida. Favor de pronunciarse al respecto.</p> <p>R: La información disponible se entregará al finalizar la junta de aclaraciones</p>
51	<p>Anexo 5. En caso de que la pregunta previa se respondida afirmativamente, se solicita a la convocante que confirme que los consentimientos para ser asegurados y designación de beneficiarios se encuentran suscritos tanto por el menor de edad como por su representante legal, en apego a las disposiciones legales sustantivas civiles vigentes. Favor de pronunciarse al respecto.</p> <p>R: Es correcta su apreciación</p>
52	<p>Anexo 5. Se solicita de la manera más atenta a la convocante que confirme que las designaciones de consentimientos que se encuentran en los expedientes de los asegurados se encuentra actualizados conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, a lo previsto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y a las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, a fin de que éste refiera: Domicilio, Nacionalidad y Fecha de Nacimiento de cada uno de los Beneficiarios, Porcentaje que corresponderá a cada Beneficiario de la suma asegurada, en caso de fallecimiento del asegurado, aviso de privacidad y solicitud de consentimiento para el tratamiento de los datos personales. Favor de pronunciarse al respecto.</p> <p>R: No es correcta su apreciación deberá de aceptar las designaciones de beneficiarios con los datos que en el se estipulen.</p>
53	<p>De acuerdo al concepto Básica por fallecimiento se solicita de la manera más atenta a la convocante se acepte acta de defunción sin importar fecha de expedición. Así solo tener claro y puntualizar a la convocante que solo se cubrirán siniestros ocurridos dentro de vigencia, independientemente de la fecha de emisión del documento. La defunción debe haber ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.</p>



HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 501
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farfán No. 550
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45157
Tel: 33 38818 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45020, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800 ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45130
Tel: 33 2410 7589

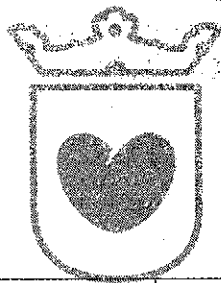
CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carrilera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorritos
C.P. 45200, Tel: 33 3634 8329 y
33 3634 8374

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carrilera Colotlán No. 515
Av. Juaro C/Preciado y C.I
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.zapopan.gob.mx





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

	R: Es correcta su apreciación
54	De acuerdo con Presunción de muerte por desaparición forzada se considere que las bases solicitan que éstos casos de presunción de muerte deben pagarse tanto por cobertura de muerte natural como de muerte accidental.
	R: Deberá indemnizarse como muerte accidental

• METLIFE MEXICO, S.A. DE C.V.

Número:	Pregunta:
1	Página 1, Numeral I, Origen de los recursos. - Agradeceremos a la convocante confirmar que para la contratación del seguro que se licita, se cuenta con suficiencia presupuestal y no contraviene disposiciones legales en materia de Austeridad. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso.
2	Página 1, Numeral I, Partida Presupuestal. - Agradeceremos a la Convocante se sirva indicar si la contratación del seguro o seguros de personas objeto de la presente adquisición pública, comprenden el cumplimiento de una obligación contenida en alguna Ley general, especial o particular, prestación laboral, contrato colectivo de trabajo, condición general de trabajo, participación en algún grupo o cuerpo de seguridad ciudadana, gestión de riesgos, servicios de emergencia, etc.. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso.
3	Página 3, numeral 2, inciso i); Agradeceremos a la Convocante confirmar que cumplimos este requerimiento presentando la transcripción del Anexo 5, sin incluir el listado de asegurados, con las especificaciones y/o modificaciones de las bases y las que se deriven en la junta de aclaraciones y solo la aseguradora adjudicada presentará las condiciones generales de la póliza. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: No es correcta su apreciación, deberá considerar lo solicitado en las bases y anexos así como lo derivado de la junta de aclaraciones e información proporcionada
4	Página 3, numeral 2, inciso i); En alcance a la pregunta anterior, agradeceremos confirmar 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 esta Aseguradora y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, siempre y cuando no contravengan a las Disposiciones legales vigentes. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: No es correcta su apreciación, las cláusulas, condiciones especiales solicitadas en las presentes bases y todo lo derivado de la junta de aclaraciones forman parte integral de las pólizas de seguro y tendrán prelación sobre las condiciones generales de la aseguradora; y para aquello no descrito en bases y junta de aclaraciones, operará de conformidad a las condiciones generales siempre y cuando sea en beneficio del contratante y el interés asegurable.



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col Centro, C.P. 45100
Tel. 33 3633 0929
Gobernadora Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Parah No. 850
Col. Villa de los Beales
C.P. 45157
Tel. 33 38218 2200, ext. 1900 y 3

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. LAS Águilas
Tel. 33 3631 9471 y 33 5134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45100
Tel. 33 240 7589

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Calletera Sábila No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45100
Tel. 33 4305 4463

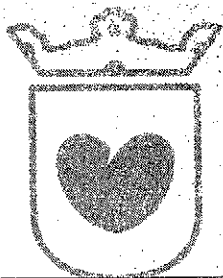
CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel. 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colchán No. 215
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C.P. 45700, Zapopan, Jalisco
Tel. 33 4305 4485

Correo electrónico
tram.perencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.saludzapopan.gob.mx



[Handwritten signatures and marks]



Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Número:	Pregunta:
5	Página 19, Anexo 5 Agradeceremos de la Convocante confirmar que se podrá incluir dentro de nuestras condiciones generales la cláusula de agravación del riesgo registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en 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 atenten contra los intereses del estado y/o de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), lo anterior, en cumplimiento al Acuerdo por el que se modifica el decreto que expide el protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos y autorizaciones y concesiones. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: No se acepta su propuesta, deberá considerar lo solicitado en las bases y anexos así como lo derivado de la junta de aclaraciones e información proporcionada
6	Página 19, Anexo 5 En complemento a la pregunta anterior, y para el caso de que la misma sea contestada en sentido negativo. Se solicita a la convocante se sirva 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 quedarán sujetas a lo estipulado en las disposiciones legales aplicables. Lo anterior, con fundamento en el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Favor de Pronunciarse al Respeto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso.
7	Página 19, Anexo 5; MetLife México tiene autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas denominar al "SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ" como "Seguro Institucional de Vida Grupo", otorgando las mismas condiciones solicitadas, amablemente solicitamos a la Convocante indicar si podemos utilizar esta denominación para la presentación de las propuestas. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Deberá apegarse a lo solicitado en las bases y anexos así como lo derivado de la junta de aclaraciones e información proporcionada
8	Página 19, Coberturas. Estimaremos a la convocante ratificar que los beneficios solicitados son: <ul style="list-style-type: none"> • Fallecimiento • Invalidez Total y Permanente • Muerte Accidental • Anticipo de Gastos Funerarios • Anticipo para Enfermedades Terminales Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación
9	Página 19, Coberturas. Anexo 5. Agradecemos a la convocante confirmar que la cobertura de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente son excluyentes. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación, sin embargo si el asegurado fallece durante el trámite de reclamación de la cobertura de Invalidez total y permanente, deberá indemnizarse la cobertura de fallecimiento a los beneficiarios designados.



HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Parah No. 550
Col. Villa de los Betances
C.P. 45157
Tel: 33 36818 2200, ext. 2000 y

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3536
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Los Cuñeros No. 750
Col. Junta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 3410 7534

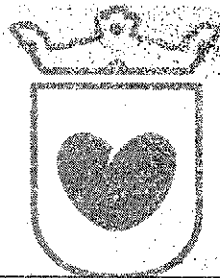
CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Sarito No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Pasa No. 795
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3634 6323 y
33 3634 6324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colorín No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C. 3
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4468

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.zapopan.mx





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Número:	Pregunta:
10	Página 19, Anexo 5. Invalidez Total y Permanente; en caso de existir controversia en el dictamen de invalidez, se le solicita a la convocante ratificar que el dictamen que se expedirá para el caso de la Invalidez, podrá ser revisado por un médico designado por la Aseguradora. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: No acepta su propuesta, deberá apegarse al dictamen definitivo emitido por el Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco.
11	Página 19, Anexo 5. Se indica que como prueba de fallecimiento, será suficiente con la presentación del acta de defunción, sin importar la fecha de expedición de dicho documento, sobre el particular, se pide a la Convocante confirmar que la fecha del fallecimiento deberá ser dentro de la vigencia comprendida de la póliza que se esta licitando, de lo contrario correspondería el pago a la aseguradora que actualmente administra su programa de aseguramiento. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación
12	Página 20, Anexo 5, Anticipo de suma asegurada por Gastos Funerarios; Se le solicita amablemente a la Convocante confirmar que se verá disminuida la suma asegurada por fallecimiento en la misma proporción del anticipo. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación
13	Página 20, Anexo 5, Anticipo de suma asegurada por Gastos Funerarios; Agradeceremos a la Convocante confirmar que el pago del anticipo de gastos funerarios será de acuerdo a la designación de beneficiarios que haya elaborado el asegurado. - Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación respetando los porcentajes asignados
14	Página 20, Anexo 5, Anticipo de suma asegurada por enfermedades terminales. Con relación a las enfermedades terminales que solicita, estimaremos de la Convocante confirmar que invariablemente para el pago de la suma asegurada, se presentará el Dictamen Médico correspondiente, donde se diagnostica que la enfermedad se encuentra en estado terminal, no existe tratamiento médico que dé un expectativa de vida mayor a 365 días, o menor a un año, por lo que irremediamente ocurrirá el fallecimiento, en caso contrario, no será procedente el pago. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse al apartado Adelanto del 30% suma asegurada por enfermedades terminales
15	Página 20, Anexo 5, Anticipo de suma asegurada por enfermedades terminales. Respecto a las enfermedades terminales, agradeceremos indicar si en la siniestralidad que van a proporcionar, se incluyen los casos de anticipos que se hayan otorgado en vigencias anteriores. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso.
16	Página 20, Anexo 5, Anticipo de suma asegurada por enfermedades terminales. Agradeceremos confirmar que el anticipo de enfermedad terminal, no se otorgará en los casos de incapacidad total, invalidez y/o incapacidad permanente total aún cuando la enfermedad terminal sea la causa de la invalidez, ya que se pagará la suma asegurada completa directamente al asegurado. Favor de pronunciarse al respecto.



Gobierno de
Zapopan

**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**

Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE

Dr. Luis Fatah No. 590
Col. Villa de los Benéficos
C.P. 45157
Tel: 33 38816 2200, ext. 3708 y 3709

CRUZ VERDE SUR

Cruz Verde Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISA

Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 3300 7509

**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**

Cartera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45
Tel: 33 4 505 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCIA

Av. de la Press No. 795
Col. Santa María de los Oros
C.P. 45200 Tel: 33 3674 8523 y
33 3674 8024

CRUZ VERDE NIÑA EVA

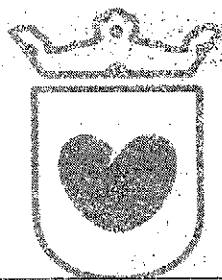
Cartera Elekfin No. 515
Av. Juan G. Preciado y C. 1
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico

transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.gob.mx



[Handwritten signatures and marks]



LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ.

Salud
Zapopan

Número:	Pregunta:
	<p>R: En caso de indemnización por invalidez total y permanente, se excluirá la cobertura de anticipo de suma asegurada por enfermedades terminales</p>
<p>17</p>	<p>Página 20, Anexo 5, Generalidades; Con la finalidad de no incrementar el costo de su esquema de aseguramiento para el personal administrativo, se solicitan a la convocante confirmar los siguientes límites de edad para las coberturas que solicitan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La edad máxima de admisión para la cobertura básica por fallecimiento es sin límite y mínima de 15 años. • La edad máxima de admisión para el beneficio de Invalidez Total y Permanente es de 64 años y mínima de 15 años. Este beneficio termina automáticamente en el aniversario del contrato en que el asegurado cumpla la edad de 65 años. • La edad máxima de admisión para el beneficio de Muerte Accidental es de 69 años y mínima de 15 años. Este beneficio termina automáticamente en el aniversario del contrato en que el asegurado cumpla la edad de 70 años. <p>Favor de pronunciarse al respecto.</p>
	<p>R: No se acepta su propuesta, la totalidad de las coberturas deberán operar sin límite de edad</p>
<p>18</p>	<p>Página 21, Anexo 5, Presunción de muerte.- Amablemente se pide a la Convocante confirmar que en los casos de presunción de muerte, se considerará como muerte accidental, siempre y cuando en la declaratoria de muerte que emita la autoridad judicial, se precise que la causa de la muerte deriva de un hecho violento, súbito y fortuito, en caso contrario, se pagará solo lo correspondiente a la cobertura básica, considerando que en la presunción de muerte no existe la prueba determinante de muerte del asegurado porque no siempre se cuenta con el cuerpo del occiso, sino que la declaratoria la emite la autoridad judicial correspondiente, pero no siempre se confirma que deriva de un accidente. Favor de pronunciarse al respecto.</p>
	<p>R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse a la cláusula de Presunción de muerte por desaparición forzada.</p>
<p>19</p>	<p>Página 21, Anexo 5, Salvedad en caso de indemnizaciones. Se pide a la Convocante confirmar que el pago de siniestros será con la documentación que requiera la licitante adjudicada, para dar cumplimiento a lo indicado en la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Favor de pronunciarse al respecto.</p>



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Romón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Belanes
C.P. 45157
Tel: 33 33818 2200, ext. 3968 y 3969

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISA
Luis Quiroga No. 750
Col. Quinta Federalista
C.P. 45100
Tel: 33 3410 7589

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Campeña Sañillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

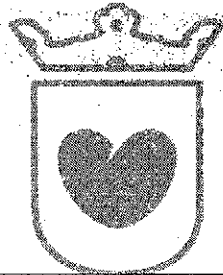
CRUZ VERDE SANTALUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Charcos
C.P. 45200 Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colón No. 515
Av. Juan Gál Pedraza y C.1
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.ssmz.gob.mx



[Handwritten signatures and marks]



**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.**

Salud
Zapopan



**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**

Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 2633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE

Dr. Luis Farah No. 350
Col. Villa de los Beñenes
C.P. 45157
Tel: 33 38618 2200, ext. 3908 y 3909

CRUZ VERDE SUR

Cruz de Sur No. 2538
C.P. 45080, Col. Las Aguilas
Tel: 33 2631 9471 y 33 3134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISA

Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7529

**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**

Carretera Sañitín No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCIA

Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA

Carretera Colotlán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.L.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico

transparencia@salud@zapopan.gob.mx

Página web:

www.salud.zapopan.gob.mx

R: No es correcta su apreciación, para las reclamaciones de las coberturas solicitadas deberán considerar la siguiente documentación:

Fallecimiento

- Ultimo designación de beneficiarios original firmado por el Asegurado, sin importar de que compañía sea el formato.
- Original o copia certificada ante Notario del Acta de defunción
- Copia del Certificado de Defunción
- Original o copia certificada ante Notario del Acta de Nacimiento del asegurado
- Si el beneficiario es el cónyuge, original del Acta de Matrimonio o comprobante de concubinato antes un Juez de lo Familiar
- Para cualquier otro beneficiario, original o copia certificada ante Notario del Acta de Nacimiento
- En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, Patria Potestad ante un Juez de lo Familiar
- Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado y Beneficiario(s)
- Oficio de baja por parte de Recursos Humanos del organismo
- Comprobante de Domicilio del (los) beneficiario(s) no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.
- Formato de reclamación
- Estado de cuenta bancario no mayo a 3 meses del beneficiario
- Recibo de nomina

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.

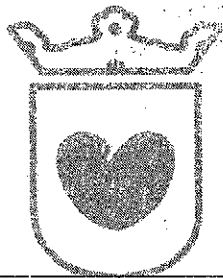
Para aquellos casos donde no se cuente con la designación de beneficiarios procederá presentar juicio sucesorio o la declaración de beneficiarios emitida por el Tribunal de Arbitraje y Escalafón.

Invalidez Total y Permanente

- Original del acta de nacimiento del asegurado
- Ultimo Consentimiento del seguro de vida con el que se cuente
- Copia de la identificación oficial del asegurado
- Constancia de Clave Única del Registro de Población del asegurado
- Llenado del formato de declaración de Invalidez y Pérdidas Orgánicas
- Dictamen Médico de Incapacidad Total y Permanente emitido por el IPEJAL
- Oficio de baja por Invalidez total y permanente por parte de Recursos Humanos del organismo
- Comprobante de Domicilio del asegurado no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.
- Estado de cuenta bancario no mayo a 3 meses
- Recibo de nomina

Anticipo de Suma asegurada por Enfermedad Terminal





**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.**

Salud
Zapopan



**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, CP. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farán No. 550
Col. Vela de los Bolesnes
C.P. 45157
Tel: 33 38218 2200, ext. 3908 y 3

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45020, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quiñero No. 750
Col. Quirza Federalismo
C.P. 45180
Tel: 33 2410 7589

**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**
Candelaria Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 705
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 6313 y
33 3624 6324

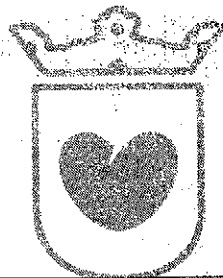
CRUZ VERDE NIÑA EVA
Callejón Colón No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C.P. 45250, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.gob.mx



Número:	Pregunta:
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado ▪ Original o copia certificada del Acta de Nacimiento del asegurado ▪ Dictamen emitido por el médico o médicos que hubieran atendido al Asegurado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen. ▪ Oficio por parte de Recursos Humanos solicitando el pago de cobertura ▪ Comprobante de Domicilio del asegurado no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión ▪ Recibo de nomina <p>Gastos Funerarios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ultima designación de beneficiarios con la que se cuente en original firmado por el Asegurado ▪ Copia del Certificado de Defunción ▪ Original del Acta de Nacimiento del asegurado actualizada ▪ Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado y Beneficiario(s) ▪ Comprobante de Domicilio del (los) beneficiario(s) no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión. ▪ Estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses del beneficiario ▪ Recibo de nomina
20	<p>Página 21, Anexo 5, Salvedad en caso de indemnizaciones. Apreciaremos de la Convocante confirmar que el documento al que hace referencia que expedirá para el caso de documentos faltantes, serán aquellos que acrediten la relación laboral del asegurado, toda vez que de acuerdo a las disposiciones legales, las autoridades correspondientes emitirán la documentación que en su caso, deba considerarse para acreditar la identidad de los beneficiarios, derechos de sucesión, parentesco, etc.- Favor de pronunciarse al respecto.</p>
	<p>R: No es correcta su apreciación, aplicará para cualquier documento excepto acta de defunción y/o dictamen de invalidez total y permanente.</p>
21	<p>Página 21, Calificación del IDATU.- Se pide a la Convocante considerar que el Buró de Entidades Financieras ha publicado en días pasados, la actualización de las calificaciones al mes de diciembre 2023, con un promedio de 9.30, por lo que respetuosamente se propone que la calificación a acreditar sea superior a 9.30 que corresponde al promedio del sector.- Favor de pronunciarse al respecto.</p>
	<p>R: Favor de apearse a lo solicitado en bases</p>

[Firmas manuscritas]



Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel. 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Parah No. 550
Col. Villa de los Reyes
C.P. 45157
Tel. 33 32616 2200, ext. 3508 y 3

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel. 33 3631 9471 y 33 3134 4800

CRUZ VERDE FEDERALISA
Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45150
Tel. 33 2410 7587

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Camelera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45
Tel. 33 4305 4161

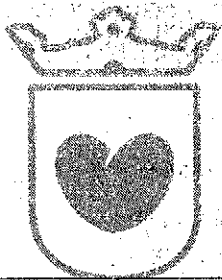
CRUZ VERDE SANTALUCIA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Charcos
C.P. 45200, Tel. 33 3624 8523 y
33 3614 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Camelera Colón No. 515
Av. Juan G. Prieto y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel. 33 4305 4485

Correo electrónico
Incorporación.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.saludzapopan.gob.mx

Número:	Pregunta:
22	Página 21.- Sanciones.- Con relación a la evaluación de sanciones ante la CNSF, respetuosamente hacemos del conocimiento de la Convocante que el número de sanciones de una Institución de Seguros no necesariamente corresponde a incumplimientos en perjuicio de los asegurados, las mismas pueden corresponder a inobservancias administrativas en el cumplimiento de la entrega de documentación a la CNSF, que como órgano regulador debe recibir en forma periódica; por lo que se solicita permita participar a los licitantes con el número de sanciones que cada licitante tenga, ya que al estar publicadas en la página del Buró de Entidades Financieras, las mismas ya fueron solventadas, y no repercuten en el proceso de licitación. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Favor de apegarse a las reglas establecidas por la convocante
23	En caso de respuesta negativa a las preguntas sobre el IDATU y las Sanciones, se solicita a la Convocante considerar que los requisitos de IDATU y sanciones, se solventen con la presentación del Distintivo Pro Integridad del Estado de Jalisco, considerando que el mismo se otorga una vez que han sido evaluados los diversos factores legales, administrativos, financieros, de ética y conducta de los proveedores, y que los proveedores han demostrado contar con una cultura de integridad y solvencia. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Favor de apegarse a las reglas establecidas por la convocante
24	Página 23, Anexo 5, Prescripción. - Estimaremos de la Convocante reconsiderar la ampliación del periodo de prescripción a petición de la Convocante, ya que el mismo esta determinado de manera legal y obligatoria a través de la Ley sobre el Contrato de Seguro, y en la misma, se señalan las condiciones para su interrupción, por lo que otorgar un plazo mayor, será contravenir las disposiciones legales en materia de seguros. - Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Favor de apegarse a lo solicitado en las bases
25	Página 24, ANEXO 6, PROPUESTA TÉCNICA, solicitamos a la convocante indicar a que se refieren en la columna CANTIDAD al hacer referencia a 81 pólizas. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Deberá indicar el número de asegurados
26	Página 25, ANEXO 7, PROPUESTA ECONÓMICA; solicitamos a la Convocante confirmar que podemos incluir en la propuesta económica la siguiente leyenda: "El seguro de vida no causa I.V.A.". Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se acepta su propuesta
27	Página 25, ANEXO 7, PROPUESTA ECONÓMICA; solicitamos a la Convocante indicar si el seguro será pagado en una sola exhibición. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación
28	Página 25 PROPUESTA ECONÓMICA, específicamente PRECIO UNITARIO; se le solicita a la Convocante confirmar que por precio unitario debemos entender el monto de la prima de la colectividad de la póliza solicitada. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación
29	Página 25 PROPUESTA ECONÓMICA; se le solicita a la Convocante confirmar que podemos indicar en una nota la cuota anual por millar de la póliza. Favor de pronunciarse al respecto.





Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Número:	Pregunta:
	R: Deberá apegarse a lo solicitado en bases y sus anexos
30	Favor de proporcionar el listado de asegurados en formato Excel con fecha de nacimiento, RFC y/o edad, sexo. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: La información disponible se entregará al finalizar la junta de aclaraciones
31	Favor de proporcionar la siniestralidad de los últimos 3 años indicando el número de siniestros por vigencia, el monto pagado por siniestro, cobertura afectada, edad, así como la fecha de ocurrido, fecha de pago, fecha de corte de cada vigencia. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
32	Agradeceremos confirmar que se entregará al concursante adjudicado la información de identificación del cliente para el expediente, el cual debe contener al menos: datos generales, nombramiento o poder del representante legal, identificación del representante legal; para dar cumplimiento al artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: La información solicitada en el artículo 492 de la ley de instituciones de seguros y fianzas, se entregará al licitante adjudicado sin que esta sea condicionante para la prestación del servicio y entrega de pólizas correspondientes.



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Rancho Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0229
Capacera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

• SEGUROS EL POTOSI, S.A.

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Las Parah No. 350
Col. Villa de los Belenes
C.P. 45107
Tel: 33 32818 2200, ext. 3906 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4200. ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Quiroga No. 750
Col. Quinto Federalismo
C.P. 45100
Tel: 33 3410 7589

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Serrillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4403

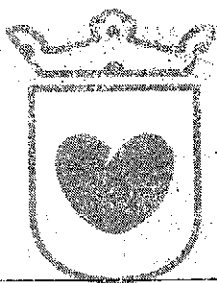
CRUZ VERDE SANTALUCÍA
Av. de la Prensa No. 775
Col. Santa María de los Rios
C.P. 45200, tel: 33 3524 8373 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Coscío No. 515
Av. Juan Gil Preciado v. C.1
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico
transparencia.saludzapopan.gob.mx
Página web:
www.ssz.gob.mx

Número:	Pregunta:
1	Referencia de carácter General bases de licitación al respecto solicitamos se confirme que los escritos, anexos y formatos que conforman nuestras propuestas deberán ser dirigidos a: COMITÉ DE ADQUISICIONES DEL O.P.D. "Servicios de Salud del Municipio de Zapopan" PRESENTE. Asimismo, favor de ratificar que la licitación que nos ocupa es la Licitación Pública Local con concurrencia del comité de adquisiciones Número de licitación: LPCC-027/2024 que tiene por objeto la Adquisición de Póliza de Seguro de Vida E Invalidez. Favor de pronunciarse al respecto
	R: Es correcta su apreciación
2	Acto de presentación y apertura de proposiciones técnicas y económicas". Solicitamos se confirme que nuestras propuestas podrán ser entregadas por un tercero el que habrá de acreditarse con carta poder simple firmada por nuestro representante legal quien firma nuestra proposición agregando copia de su identificación oficial de quien otorga y recibe el poder. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: No se acepta su propuesta, deberá presentarse el representante legal con facultades para el acto





LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Salud
Zapopan

3	Referencia de carácter General. Con la finalidad de que se entreguen propuestas económicas acordes al monto que se tiene presupuestado para la adjudicación de la licitación que nos ocupa se solicita amablemente a la convocante nos informe sobre el monto mínimo y máximo que se tiene presupuestado. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
4	Referencia junta de aclaraciones. Solicitamos con la finalidad de evitar errores de transcripción al elaborar nuestra propuesta nos sea proporcionado al final de este evento de aclaraciones, el acta en cuestión en archivo electrónico formato Microsoft Word o nos sea enviada vía mail en dicho formato, a la siguiente dirección electrónica eruzv@elpotosi.com.mx . Favor de pronunciarse al respecto.
	R: El acta de la junta de aclaraciones se pondrá a disposición de los licitantes en el formato disponible en el portal de internet del organismo
5	Referencia de carácter general Favor de proporcionar la siniestralidad detallada de los últimos 5 años indicando fecha de ocurrido, fecha de reportado, monto, causa del siniestro (identificando los siniestros COVID-19) y cobertura afectada. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
6	Referencia de carácter general. Favor de indicarnos el nombre de la compañía aseguradora de la vigencia que está por concluir, así como el monto pagado de prima neta y número de personas aseguradas.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
7	Referencia de carácter general. Se solicita amablemente a la Convocante se sirva de compartir el número de asegurados expuestos y suma asegurada total de las últimas cinco vigencias, indicando la regla de suma asegurada y coberturas con que contaba en cada una de ellas
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
8	Referencia de bases de licitación FORMA DE PAGO. Al respecto favor de precisar de manera clara la forma de pago que habrá de tener póliza que nos ocupa asimismo se solicita se considere que en caso de NO llevarse al cabo lo estipulado, con respecto al plazo de pago, quedarán las pólizas canceladas sin perjuicio a la aseguradora adjudicada y los siniestros ocurridos en ese lapso no podrán ser reclamados
	R: La forma de pago será anual, sin embargo no se podrá condicionar la prestación del servicio por falta de pago
9	Referencia a) Aquellos LICITANTES INSCRITOS EN EL PADRÓN DE PROVEEDORES DEL O.P.D. "SSMZ". Al respecto favor de confirmar que el no estar inscrito en padrón de proveedores del O.P.D. "SSMZ". No impide nuestra participación pues en este caso será suficiente con acreditar el numeral 2 que a la letra dice: 2.- Persona moral deberá presentar copia del Acta Constitutiva, copia del Poder Notarial, copia de Identificación oficial y su Constancia de Situación Fiscal actual, comprobante de domicilio y Licencia Municipal.



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Simón Cotuna No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0677
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Parah No. 500
Col. Villa de los Belenios
C.P. 45107
Tel: 33 38018 2200, ext. 3108 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4200, ext. 5953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Luis Calzadillo No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45100
Tel: 33 340 7589

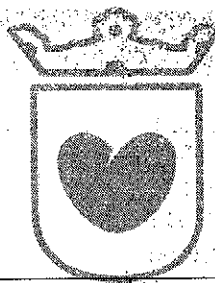
CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45100
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 715
Col. Santa María de los Charcos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Cuadón No. 515
Av. Mar. Gil Piedado y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

Correo electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.zapopan.gob.mx

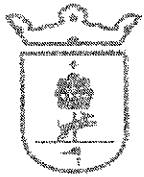




Salud
Zapopan

LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

	Y dicho sea de paso favor de confirmar que la licencia municipal podrá ser podrá ser de cualquier municipio del estado de Jalisco Favor de pronunciarse al respecto
	R: Es correcta su apreciación, sin embargo deberá presentarse la licencia municipal a nombre del licitante dentro de la Zona Metropolitana de Guadalajara.
10	Referencia de bases de licitación FORMA DE PAGO Favor de indicar si el pago de prima quedara a cargo del contratante.
	R. Es correcta su apreciación.
11	Referencia ANEXO 5 VIGENCIA: Favor de confirmar la vigencia del seguro objeto de la póliza que nos ocupa.
	R: La vigencia solicitada es de las 00:00 horas del 01 de octubre de 2024 a las 23:59 horas del 30 de septiembre de 2025
12	Referencia ANEXO 5: Se solicita amablemente a la convocante confirmar el número total de asegurados a considerar en nuestra propuesta.
	R: La información disponible se entregará al finalizar la junta de aclaraciones
13	Referencia ANEXO 5. Se solicita amablemente a la convocante ratificar que los beneficios solicitados son: Fallecimiento, Invalidez Total y Permanente, Muerte Accidental y Anticipo de Gastos Funerarios
	R: No es correcta su apreciación deberá apegarse a lo solicitado en bases
14	Referencia Anexo 5, Anticipo de suma asegurada por gastos funerarios (\$35,000.00): Al respecto favor de confirmar que la cobertura de "Gastos Funerarios" se refiera a que la aseguradora pagará directamente al o los beneficiarios del asegurado fallecido un monto de \$35,000.00 en la proporción que hayan sido designados, y el pago de dicho concepto será descontado de la suma asegurada. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Es correcta su apreciación
15	Referencia PENAS CONVENCIONALES. Favor de confirmar que lo mencionado en el punto en cuestión es para el atraso en la entrega de pólizas iniciales o movimientos de la misma, mas no en el servicio en caso de siniestro, ya que esto último está debidamente establecido como "pagos por indemnización por mora" en el art. 135 de la ley del contrato del seguro y no se puede penalizar dos veces sobre un mismo asunto.
	R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse a lo establecido en estándares de servicio
16	Referencia PENAS CONVENCIONALES. Favor de confirmar que las penas convencionales correrán a partir de que mi representada cuente con la información correcta y completa que permita el debido análisis de la información.
	R: No es correcta su apreciación, deberá apegarse a lo establecido en estándares de servicio
17	Referencia ACREDITACIÓN LEGAL inciso b) numeral 2.- PERSONA MORAL "PRESENTAR COPIA LICENCIA MUNICIPAL". Al respecto favor de confirmar que la licencia municipal podrá ser de cualquier municipio del estado de Jalisco
	R: Deberá de ser domicilio dentro de la Zona Metropolitana de Guadalajara
18	Referencia ACREDITACIÓN LEGAL inciso b) numeral 2.- PERSONA MORAL "PRESENTAR COPIA COMPROBANTE DE DOMICILIO". Al



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN

Ramón Corona No. 200
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 6929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jal. México

CRUZ VERDE NORTE

Dr. Luis Ferriz No. 350
Col. Villa de los Bolanes
C.P. 45107
Tel: 33 36318 2200, ext. 3905 y 3909

CRUZ VERDE SUR

Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45000, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4800, ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO

Luis Quintero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45100
Tel: 33 2410 7589

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE

Callejón Satillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45100
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA

Av. de la Prosa No. 795
Col. Santa María de los Chonillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 8323 y
33 3624 8324

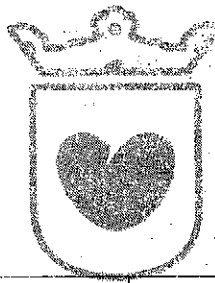
CRUZ VERDE NIÑA EVA

Carretera Coahuila No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4486

Correo electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx

Página web:
www.salud.gob.mx





**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.**

Salud
Zapopan

	respecto se solicita confirmar que el comprobante de domicilio solicitado será del domicilio fiscal de nuestra representada, favor de pronunciarse al respecto
	R: Es correcta su apreciación, debiendo acreditar domicilio dentro de la Zona Metropolitana de Guadalajara mediante comprobante de domicilio y licencia municipal a nombre del licitante
19	Referencia Generalidades. Dado que será una póliza auto administrada, favor de confirmar que al término de la vigencia se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada en el período finalizado, a la que se aplicará la cuota media mensual, por un período igual a la mitad del período anterior, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto, que incluye lo que corresponda a modificaciones en las Sumas Aseguradas y bajas o altas de Asegurados.
	R: La forma de administración será autoadministrada sin ajuste de prima al final de vigencia
20	Referencia Anexo 5, Favor de ratificar que el seguro solicitado ampara únicamente a personal activo.
	R: Es correcta su apreciación
21	Referencia Anexo 5. Favor de informar si dentro de los participantes hay personal cuyas actividades sean consideradas de alto riesgo y en caso de ser afirmativo, favor de indicar en un listado a este personal.
	R: Deberá amparar a todo el personal activo del O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan
22	Referencia Anexo 5. Solicitamos amablemente poder establecer un límite de edad de aceptación para la cobertura de Invalidez de 64 ya que es la que se maneja en el mercado asegurador.
	R: No es correcta su apreciación, la totalidad de las coberturas solicitadas deberán operar sin límite de edad
23	Referencia Anexo 5. Solicitamos amablemente poder establecer un límite de edad de aceptación para la cobertura de muerte accidental de 69 años para no encarecer la propuesta.
	R: No es correcta su apreciación, la totalidad de las coberturas solicitadas deberán operar sin límite de edad
24	Referencia Anexo 5. Solicitamos a la convocante ratificar que el pago de la suma asegurada de la cobertura de invalidez total y permanente excluye el pago de la cobertura de fallecimiento.
	R: Es correcta su apreciación, sin embargo si el asegurado fallece durante el trámite de reclamación de la cobertura de Invalidez total y permanente, deberá indemnizarse la cobertura de fallecimiento a los beneficiarios designados.
25	Referencia Anexo 5. Favor de informar que institución será la encargada de proporcionar el dictamen de invalidez.
	R: Instituto de Pensiones del Estado de Jalisco (IPEJAL)
26	Referencia Anexo 5 se solicita amablemente a la convocante nos proporcione el listado de asegurados detallado que contenga la siguiente información: nombre, R.F.C, fecha de nacimiento, sexo Favor de pronunciarse al respecto
	R: La información disponible se entregará al finalizar la junta de aclaraciones



Gobierno de
Zapopan

**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**

Ramón Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE

Dr. Luis Farah No. 350
Col. Villa de los Balcones
C.P. 45167
Tel: 33 33618 2200, ext. 3108 y 3109

CRUZ VERDE SUR

Cruz de Sur No. 3636
C.P. 45080, Col. Los Aguilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3184 4800, ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO

Luis Quiñero No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45100
Tel: 33 2410 7589

**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**

Carretera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA

Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 6373 y
33 3624 6324

CRUZ VERDE NIÑA EVA

Campana Colón No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C1
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4485

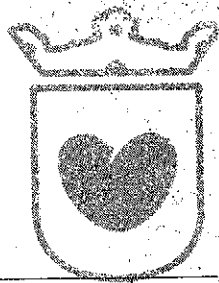
Correo electrónico

mailto:compras@salud.zapopan.gob.mx

Página web:

www.salud.gob.mx





LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ.

Salud
Zapopan



HOSPITAL GENERAL DE ZAPOPAN
Parque Corona No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3653 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Farfán No. 560
Col. Villa de los Galanes
C.P. 45167
Tel: 33 38918 2200, ext. 3508 y 3297

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3154 4800, ext. 3950

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Las Quintas No. 790
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45160
Tel: 33 3410 7587

CRUZ VERDE VILLA DE GUADALUPE
Carretera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Piedad No. 795
Col. Santa María de los Chorrillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 2323 y
33 3624 8224

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Colotlán No. 515
Av. Juan GR Preclado y C.1
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4105 4485

Correo electrónico:
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.salud.gob.mx

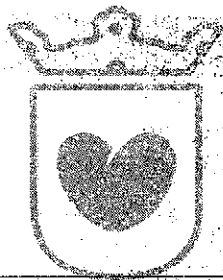
27	Referencia ANEXO 5. Favor de confirmar que para todas aquellas condiciones no establecidas en las bases de la licitación y en la junta de aclaraciones operaran de acuerdo con las condiciones generales de la aseguradora adjudicada, sin que se contrapongan con las solicitadas por la convocante; Por lo que se podrá presentar en la propuesta técnica nuestras condiciones generales que se tienen registradas en la Comisión Nacional de seguros y Fianzas en el ramo de seguro vida y a las que se les adjuntara la cláusula de prelación que tiene por definición lo siguiente: "Los términos y condiciones particulares y generales presentados en estas bases, anexos técnicos y junta de aclaraciones, prevalecerán sobre las condiciones generales con que opera la aseguradora participante".
	R: No es correcta su apreciación, las cláusulas, condiciones especiales solicitadas en las presentes bases y todo lo derivado de la junta de aclaraciones forman parte integral de las pólizas de seguro y tendrán prelación sobre las condiciones generales de la aseguradora; y para aquello no descrito en bases y junta de aclaraciones, operará de conformidad a las condiciones generales siempre y cuando sea en beneficio del contratante y el interés asegurable.
28	Referencia numeral III.- Calendario de eventos, hora de celebración y etapas del proceso de licitación: Dado que mi representada cuenta con autorización por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para operar el seguro en multiramios entre ellos el seguro de vida y seguro vehicular solicitamos amablemente a la convocante confirme que nuestras propuestas tanto para su licitación de seguro de vida como seguro de automóviles podrán ser entregadas por la misma persona esto deriva de que los concursos en cuestión manifiestan en su calendario de eventos la misma hora para la celebración y etapas del proceso de licitación. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Deberá apegarse a lo establecido en el calendario de eventos y documentos solicitados en la presente convocatoria
29	Solicitamos amablemente al convocante nos confirme que para dar cumplimiento al artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la convocante entregará al Licitante adjudicado como mínimo la siguiente información: solicitud con datos generales, nombramiento o poder del representante legal, comprobante de domicilio, cédula de identificación fiscal, acta constitutiva y/o testimonio que acredite su existencia ante el registro público. Favor de pronunciarse al respecto
	R: La información solicitada en el artículo 492 de la ley de instituciones de seguros y fianzas, se entregará al licitante adjudicado sin que esta sea condicionante para la prestación del servicio y entrega de pólizas correspondientes.

• SEGUROS SURA, S.A. DE C.V.

Número:	Pregunta:
1	Se solicita amablemente a la convocante confirme que el número y nombre del presente proceso es: LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES NÚMERO DE LICITACION: LPCC-027/2024 POLIZA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ.
	R: LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES NÚMERO DE LICITACION: LPCC-027/2024 PARA LA ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ.



[Handwritten signatures and marks]



**LICITACIÓN PÚBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.**

Salud
Zapopan

2	Se solicita amablemente a la convocante confirme que los escritos y anexos deberán ser dirigidos a: Comité de adquisiciones del OPD servicios de Salud del Municipio de Zapopan. R: Es correcta su apreciación
3	Inciso m) Carta aportación Cinco al Millar (anexo 9). Se pide a la convocante confirmar que la carta manifiesto respecto a la aceptación de la retención del 5 al millar en caso de no ser autorizado por mi representante no será causa de desechamiento de mi propuesta. Favor de pronunciarse al respecto. R: No es clara su pregunta por lo que se desecha, debiendo apegarse a lo solicitado en bases
4	ANEXO 5. Se solicita amablemente a la convocante confirmar que la póliza será auto administrada con ajuste de primas al final de la vigencia por movimientos de altas y bajas. Favor de pronunciarse al respecto. R: No es correcta su apreciación, la forma de administración será autoadministrada sin ajuste al final de la vigencia
5	ANEXO 5. Se solicita amablemente a la convocante confirmar que solo se pagarán los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza. Favor de pronunciarse al respecto. R: Es correcta su apreciación
6	ANEXO 5. Se solicita amablemente a la convocante confirmar que el 100% del personal elegible es administrativo. Favor de pronunciarse al respecto. R: No es correcta su apreciación, es personal médico, operativo y administrativo propio del organismo
7	ANEXO 5. Se solicita amablemente a la convocante confirmar que no se ampara personal jubilado y/o pensionado. Favor de pronunciarse al respecto. R: El personal de la colectividad asegurable es personal activo del O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan
8	ANEXO 5. Se solicita amablemente a la convocante confirmar si dentro de la población a asegurar se encuentra personal con portación de armas de fuego. Favor de pronunciarse al respecto. R: No es correcta su apreciación, dentro de la colectividad asegurable no existe personal con portación de armas de fuego
9	ANEXO 5. Se solicita amablemente a la convocante confirmar que solo se pagará la invalidez total y permanente que haya sido dictaminada durante la vigencia de la póliza. Favor de pronunciarse al respecto. R: Es correcta su apreciación
10	ANEXO 5. Se solicita amablemente a la convocante confirmar que el dictamen que se emita con motivo de invalidez total y permanente solo será validado cuando tenga el carácter de definitivo. Favor de pronunciarse al respecto. R: Es correcta su apreciación
11	ANEXO 5. Se solicita amablemente a la convocante indicar si se tienen casos en proceso de invalidez en curso. En caso de afirmativo especificar cuántos casos, las causas y las sumas aseguradas de los mismos.



Gobierno de
Zapopan

**HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN**

Naración Coyula No. 500
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco, México

CRUZ VERDE NORTE

Dr. Luis Farah No. 550
Col. Villa de los Balcones
C.P. 45107
Tel: 33 36216 2200, ext. 3918 y 3959

CRUZ VERDE SUR

Cruz de Sur No. 3135
C.P. 45080, Col. Las Águilas
Tel: 33 3631 9471 y 33 3134 4500, ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO

Luis Quiñero No. 700
Col. Quinta Periferia Iteño
C.P. 45180
Tel: 33 3410 7519

**CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE**

Carretera Saltillo No. 100
Col. Villa de Guadalupe, C.P. 45150
Tel: 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA

Av. de la Presa No. 705
Col. Santa María de los Chonillos
C.P. 45200, Tel: 33 3624 5323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA

Carretera Colotlán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.J.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel: 33 4305 4465

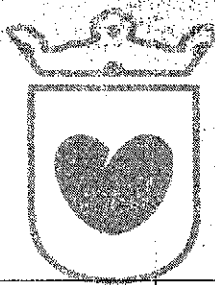
Correo electrónico

compras@servicio.salud@zapopan.gob.mx

Página web:

www.servicio.gob.mx





LICITACION PUBLICA LOCAL CON CONCURRENCIA
DEL COMITÉ CON NÚMERO LPCC-027/2024 PARA LA
ADQUISICIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA E
INVALIDEZ.

Salud
Zapopan

	Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso
12	ANEXO 5. Se solicita amablemente a la convocante entregar informe detallado de la siniestralidad ocurrida en las últimas 3 vigencias. Favor de pronunciarse al respecto.
	R: Se desecha su pregunta debido a que no guarda relación respecto a los requisitos, aspectos técnicos de los bienes o servicios requeridos, tal como se establece en las bases del presente proceso

Al no haber más cuestionamientos se da por concluida la presente acta de junta de aclaraciones, siendo las 11:57 horas del 27 de agosto del 2024.

Firmando los presentes:



Gobierno de
Zapopan

HOSPITAL GENERAL
DE ZAPOPAN
Manión Corona No. 900
Col. Centro, C.P. 45100
Tel: 33 3633 0929
Cabecera Municipal
Zapopan, Jalisco

CRUZ VERDE NORTE
Dr. Luis Fatah No. 550
Col. Villa de los Benitos
C.P. 45157
Tel. 33 36816 2200, ext. 3906 y 3909

CRUZ VERDE SUR
Cruz de Sur No. 3535
C.P. 45060, Col. Las Aguilas
Tel. 33 3631 9471 y 33 3134 4000, ext. 3953

CRUZ VERDE FEDERALISMO
Calle Quesada No. 750
Col. Quinta Federalismo
C.P. 45160
Tel. 33 3416 7534

CRUZ VERDE VILLA
DE GUADALUPE
Carretera Sañilco No. 100
Col. Villa de Guadalupe C.P. 45180
Tel. 33 4305 4463

CRUZ VERDE SANTA LUCÍA
Av. de la Presa No. 795
Col. Santa María de las Chorrillas
C.P. 45700, Tel. 33 3634 8323 y
33 3624 8324

CRUZ VERDE NIÑA EVA
Carretera Coritán No. 515
Av. Juan Gil Preciado y C.I.
C.P. 45200, Zapopan, Jalisco
Tel. 33 4005 4485

Correo electrónico
transparencia.salud@zapopan.gob.mx
Página web:
www.rnz.gob.mx



Servidor Público	Firma
Representante de la Jefatura de Adquisiciones.	
Representante del área Requirente	