# El Colegio de San Luis, A.C.

# Convocatoria de la Licitación Pública Nacional Presencial

# No. LA-03891K999-E13-2018

# Índice

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Página |
| 1.- | Datos generales | 3 |
| 2.- | Objetivo | 5 |
| 3.- | Forma y términos que regirán los actos del procedimiento de contratación | 6 |
| 4.- | Requisitos que deberán cumplir los licitantes | 11 |
| 5.- | Criterios conforme a los cuales se evaluarán las proposiciones y se adjudicará el contrato | 13 |
| 6.- | Documentos que deben presentar los licitantes | 16 |
| 7.- | Formalización de la contratación | 17 |
| 8.- | Garantía de cumplimiento del contrato | 17 |
| 9.- | Penas convencionales | 17 |
| 10.- | Desechamiento de proposiciones | 17 |
| 11.- | Causas para declarar desierto el procedimiento de contratación | 18 |
| 12.- | Cancelación del procedimiento de contratación | 18 |
| 13.- | Modelo de contrato | 18 |
| 14.- | Lugares en los que los licitantes podrán presentar inconformidades | 18 |
| 15.- | Anexos | 20 |

1. **Datos generales de la Convocatoria a la Licitación Pública Nacional Presencial No. LA-03891K999-E13-2018**

1.1.- Presentación.

El Colegio de San Luis, A.C. (EL COLEGIO), Centro Público de Investigación, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los artículos 26, fracción I, 28, fracción 1 y 29 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 42 de su Reglamento y demás disposiciones relativas y aplicables, la Secretaría General, a través del Departamento de Recursos Humanos y del Departamento de Recursos Materiales y Servicios, convoca a los interesados a participar en la Licitación Pública Nacional Presencial número LA-03891K999-E13-2018que tiene como propósito la contratación de los Seguros de Gastos Médicos Mayores y de Vida Institucional.

1.2.- Antecedentes.

El Colegio de San Luis, A.C. es un Centro Público de Investigación, coordinado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) que cumple con el perfil siguiente:

* Es una Asociación Civil Mexicana, debidamente constituida, según consta en el acta número dos del volumen bicentésimo octavo, del protocolo a cargo de la Licenciada María Eugenia González Vega, Titular de la Notaría Pública Número Seis de la Ciudad de San Luis Potosí, S.L.P., de fecha 25 de Febrero de 1997 e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio de la Ciudad de San Luis Potosí, S.L.P., bajo el número 25787 a fojas 280, del tomo 302 de Sociedades, Poderes y Comercio con fecha del 26 de Febrero de 1997.
* Es considerado como una entidad paraestatal de la Administración Pública Federal, asimilada como empresa de participación estatal mayoritaria, con personalidad jurídica y patrimonio propio.
* De conformidad con lo que establecen sus Estatutos, tiene por objeto establecer y desarrollar programas y proyectos de investigación para la construcción de nuevos conocimientos, y programas de docencia para la formación de profesionales de alto nivel en el campo de las Ciencias Sociales y Humanidades; promover la divulgación de la ciencia y facilitar el acceso a la información científica; ampliar la colaboración científica y académica con instituciones afines y, con ello, contribuir al desarrollo de una comunidad científica más numerosa y vigorosa y al fortalecimiento de la infraestructura científica nacional y regional.
* Su Secretario General, el Mtro. Jesús Humberto Dardón Hernández, se encuentra facultado para convocar en nombre y representación de EL COLEGIO el presente procedimiento de contratación de Licitación Pública, facultad que se acredita con el testimonio de la escritura pública número 13798, del libro 328, de fecha 18 de abril de 2012, otorgada ante la fe de la Lic. María Eugenia González Vega, titular de la Notaría Pública número 6 de la ciudad de San Luis Potosí, S.L.P., e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio bajo el Folio Mercantil Electrónico número 14669, de fecha 09 de mayo de 2012.
* El Secretario General designa a los titulares de los Departamentos de Recursos Humanos y Recursos Materiales y Servicios respectivamente para presidir y conducir los actos públicos del procedimiento de contratación.
* EL COLEGIO y su área contratante, tiene como domicilio el ubicado en la calle Parque de Macul número 155, Fraccionamiento Colinas del Parque, C.P. 78294, San Luis Potosí, S.L.P.
* Para cubrir las erogaciones que se deriven del contrato a cargo de EL COLEGIO, cuenta con los recursos presupuestarios autorizados para la contratación de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional de EL COLEGIO, de acuerdo al Presupuesto de Egresos autorizado para el ejercicio 2018, según oficio número H0000/412-O /2017 de fecha 18 de diciembre de 2017.

1.3.- Calendario del procedimiento de contratación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Acto** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| Publicación de Convocatoria | 02 de marzo de 2018 |  | CompraNet y página de Internet de EL COLEGIO |
| Junta de aclaraciones | 09 de marzo de 2018 | 12:00 horas | Sala de Capacitación de EL COLEGIO |
| Presentación y apertura de proposiciones | 16 de marzo de 2018 | 12:00 horas | Sala de Capacitación de EL COLEGIO |
| Fallo | 21 de marzo de 2018 | 12:00 horas | Sala de Capacitación de EL COLEGIO |
| Formalización de la contratación | 23 de marzo de 2018 | 12:00 horas | Oficinas de la Secretaría General de EL COLEGIO |

1.4.- Costo y forma de obtención de la convocatoria.

La presente convocatoria estará disponible en CompraNet y en la página de Internet de EL COLEGIO a partir del 02 de marzo de 2018 y su obtención es gratuita.

1.5.- La presente Convocatoria es de carácter nacional, por lo que EL COLEGIO solamente aceptará la participación de personas físicas o morales de nacionalidad mexicana.

1.6.- Los licitantes que participen deberán proporcionar a EL COLEGIO una dirección de correo electrónico en la que puedan recibir información y notificaciones relacionadas con el procedimiento de contratación.

1.7.- El presente procedimiento de contratación se llevará a cabo en la modalidad presencial. EL COLEGIO no aceptará las proposiciones que sean enviadas a través del servicio postal, mensajería o cualquier medio electrónico.

1.8.- Para la interpretación, controversia, ejecución o cualquier otro asunto derivado del presente procedimiento de contratación, los licitantes se sujetarán expresamente a todas y cada una de las disposiciones establecidas en la presente Convocatoria.

1.9.- Los licitantes deberán presentar sus propuestas técnicas y económicas, así como la documentación complementaria que les sea solicitada, por escrito y en idioma español, los licitantes adicionalmente deberán presentar, las proposiciones técnicas y económicas, así como la información complementaria digitalizadas, en formato PDF y entregarlas en disco compacto.

1.10.- Las proposiciones técnicas y económicas que presenten los licitantes deberán apegarse justa, exacta y cabalmente a las coberturas, requisitos y condiciones que se detallan en la presente Convocatoria.

1.11.- Ninguna de las condiciones contenidas en la presente Convocatoria, así como en las proposiciones técnicas y económicas que presenten los licitantes podrán ser negociadas.

1.12.- Para participar en el presente procedimiento de contratación es requisito indispensable, que cada licitante presente sus proposiciones de acuerdo a lo indicado en esta Convocatoria y sin condicionarlas. EL COLEGIO se abstendrá de recibir aquellas proposiciones que presenten aspectos diferentes a los solicitados o que éstas se encuentren condicionadas.

1.13.- A los actos públicos de junta de aclaraciones, presentación y apertura de proposiciones y fallo podrá asistir cualquier persona en calidad de observador, bajo la condición de que registre su asistencia y se abstenga de intervenir en cualquier forma en dichos actos.

1.14.- Los licitantes deberán presentar sus proposiciones económicas cotizadas en moneda nacional.

1.15.- Los precios de las proposiciones económicas que presenten los licitantes serán fijos y se mantendrán sin variación hasta la conclusión del periodo de vigencia de las pólizas de seguro de gastos médicos mayores y de vida institucional.

1.16.- EL COLEGIO solamente estará obligado a cubrir el Impuesto al Valor Agregado de conformidad con las disposiciones fiscales vigentes, cualquier otro impuesto o derecho que se genere con motivo del presente procedimiento de contratación correrá por cuenta y cargo del licitante.

1.17.- Del anticipo:

EL COLEGIO no otorgará anticipos.

1.18.- Condiciones de pago:

EL COLEGIO realizará el pago de las pólizas de seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional en una sola exhibición, previa entrega de las pólizas que sean recibidas por EL COLEGIO a su entera satisfacción.

EL COLEGIO efectuará el pago a través de transferencia electrónica a la cuenta bancaria del beneficiario dentro de los 20 (veinte) días naturales posteriores a la fecha de recepción de la factura.

El licitante que resulte adjudicado deberá enviar la factura electrónica para pago a las direcciones siguientes belinda.ramirez@colsan.edu.mx y r.materiales@colsan.edu.mx o presentar su factura en las oficinas del Departamento de Contabilidad, ubicadas en la calle Parque de Macul número 155, Fraccionamiento Colinas del Parque, C.P. 78294, San Luis Potosí, S.L.P.

La factura que se presente deberá ser a nombre de El Colegio de San Luis, A.C., con registro federal de contribuyentes número CSL-970122-SUA y domicilio fiscal calle Parque de Macul número 155, Fraccionamiento Colinas del Parque, C.P. 78294, San Luis Potosí, S.L.P.

El licitante que resulte ganador será el único responsable de que las facturas que presente para su pago cumplan con los requisitos fiscales vigentes. En caso de que las facturas presenten errores o deficiencias, EL COLEGIO, dentro de los tres días hábiles siguientes al de su recepción, le notificará por escrito los errores o deficiencias que deba corregir. El periodo que transcurra desde la notificación y hasta que el licitante que resulte adjudicado presente la nueva factura no se computará para efectos del plazo de pago de veinte días naturales.

El licitante que resulte adjudicado no podrá transferir en favor de cualquier otra persona los derechos y obligaciones que se deriven de la contratación que se formalice, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con el consentimiento explícito y por escrito de EL COLEGIO.

EL COLEGIO verificará en el portal del Sistema de Administración Tributaria (SAT) los comprobantes fiscales impresos o digitales (facturas) para constatar su autenticidad.

1. **Objetivo.**

2.1.- El presente procedimiento tiene como propósito la contratación de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional.

Las coberturas y condiciones de las pólizas de seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional se encuentran detalladas en el Anexo Número Uno de la presente Convocatoria.

2.2.- Tiempo, lugar y condiciones de entrega de las pólizas:

a. Tiempo: El licitante que resulte adjudicado deberá realizar la entrega de las pólizas de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional, dentro de los 20 días naturales posteriores a la fecha de notificación del fallo del presente procedimiento de contratación.

b. Lugar de entrega: El licitante que resulte adjudicado deberá entregar las pólizas de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional en el Departamento de Recursos Humanos de EL COLEGIO, ubicado en la calle Parque de Macul número 155, Fraccionamiento Colinas del Parque, C.P. 78294, San Luis Potosí, S.L.P., de lunes a viernes en un horario de las 9:00 a las 14:00 horas.

La Titular del Departamento de Recursos Humanos, será responsable de la recepción de las pólizas de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional, así como de verificar que estas cumplan técnicamente con las coberturas y condiciones detalladas en el Anexo Número Uno de la presente Convocatoria.

2.3.- Agrupación por partidas:

En el presente procedimiento de contratación EL COLEGIO ha decidido agrupar las pólizas de seguros en dos partidas, una para el seguro de gastos médicos mayores y la otra para el seguro de vida institucional, una vez realizada la evaluación de las proposiciones, EL COLEGIO adjudicará ambas partidas a un solo licitante cuya propuesta resulte solvente y oferte el precio más bajo.

2.4.- Precio máximo de referencia:

No aplica.

2.5.- Normas oficiales mexicanas, normas mexicanas, normas internacionales o normas de referencia:

No aplica.

1. **Forma y términos que regirán los actos del procedimiento de contratación.**

Desarrollo del procedimiento de contratación.

3.1.- Junta de aclaraciones.

EL COLEGIO podrá realizar la cantidad de juntas de aclaraciones que juzgue convenientes, en su caso, al concluir cada junta de aclaraciones se informará la fecha, lugar y hora para la realización de las ulteriores juntas. De resultar necesario, la fecha prevista en la convocatoria para realizar el acto de presentación y apertura de proposiciones podrá ser diferida.

La primera junta de aclaraciones se realizará a las 12:00 horas del 09 de marzo de 2018, en la Sala de Capacitación de EL COLEGIO, ubicada en la calle Parque de Macul número 155, Fraccionamiento Colinas del Parque, C.P. 78294, San Luis Potosí, S.L.P.

La asistencia de los licitantes a la junta de aclaraciones es optativa.

Al inicio de la reunión, los representantes de ELCOLEGIO realizarán el registro de asistencia.

**Para ser considerados como licitantes y tener derecho a presentar solicitudes de aclaración, las personas que pretendan presentar dudas o solicitar aclaraciones sobre los aspectos contenidos en la Convocatoria y sus anexos, deberán presentar un escrito en el que manifiesten su interés en participar en el procedimiento de contratación e intervenir en los actos de junta de aclaraciones, presentación y apertura de proposiciones y de fallo. Dicho escrito deberá presentarse en papel membretado y estar firmado por la persona que cuente con las facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada.**

En caso de que dos o más personas físicas o morales acuerden la presentación de una proposición conjunta, cualquiera de los integrantes de la agrupación podrá presentar el escrito mediante el cual manifiesten su interés en participar en la licitación.

En las solicitudes de aclaración que formulen los licitantes deberán plantearse de manera clara y concisa sus preguntas, así como estar directamente relacionadas con el contenido de la Convocatoria y sus anexos. Las solicitudes de aclaración deberán indicar el numeral o punto específico con el cual se relaciona la pregunta o aspecto que se solicita aclarar, aquellas solicitudes que no cumplan con lo anterior serán desechadas por EL COLEGIO. Las solicitudes de aclaración deberán presentarse en papel membretado y estar firmadas por la persona facultada para ello.

Para efecto de que el licitante presente sus aclaraciones, se solicita utilice el siguiente orden para indicar los puntos específicos relacionados con cada una de sus preguntas:

|  |  |
| --- | --- |
| Pregunta número | Indicar el número consecutivo de la pregunta. |
| Tema | Asunto de la Convocatoria sobre la que se relaciona su pregunta. |
| Numeral, inciso y/o anexo | Convocatoria sobre la que se relaciona la pregunta. |
| Página | Indicar la página de la Convocatoria sobre la que se relaciona su pregunta. |
| Pregunta | Detallar la pregunta o duda, la cual deberá encontrarse en función de los datos indicados (punto específico de la Convocatoria sobre la cual solicita aclaración). |
| Por cada una de las aclaraciones que solicite, es necesario indique los puntos específicos de la Convocatoria. |

Los licitantes deberán entregar sus solicitudes de aclaración por escrito y en medio magnético (disco compacto), en formato PDF y en formato Word, en las oficinas que ocupa el Departamento de Recursos Materiales y Servicios de EL COLEGIO, ubicadas en la calle Parque de Macul número 155, Fraccionamiento Colinas del Parque, C.P. 78294, San Luis Potosí, S.L.P., a más tardar con veinticuatro horas de anticipación a la fecha y hora previstas para la realización de la primera junta de aclaraciones. Las solicitudes que sean presentadas con posterioridad no se atenderán por ser consideradas como extemporáneas. En caso de que se realice una segunda junta de aclaraciones las solicitudes de aclaración extemporáneas serán recibidas y se les dará respuesta.

El representante de EL COLEGIO dará respuesta por escrito a las preguntas presentadas por los licitantes, siempre que éstas estén relacionadas con los aspectos contenidos en la Convocatoria y sus anexos.

El representante de EL COLEGIO dará lectura al escrito que contenga las respuestas a las solicitudes de aclaración, una vez concluida la lectura los licitantes podrán formular las preguntas que estimen pertinentes, siempre que estén relacionadas con las respuestas recibidas.

De cada junta de aclaraciones se levantará acta que será firmada por los licitantes que asistan y los servidores públicos que intervengan, a quienes se les entregará copia de la misma. La falta de firma de algún licitante no invalidará su contenido y efectos.

El Departamento de Recursos Materiales y Servicios de EL COLEGIO difundirá el acta a través de CompraNet para efectos de la notificación a los licitantes que no hayan asistido al acto. Dicho procedimiento sustituye a la notificación personal.

El Departamento de Recursos Materiales y Servicios de EL COLEGIO difundirá a su vez el acta en la página de internet de EL COLEGIO y pondrá a disposición de los licitantes en sus oficinas, por un periodo de cinco días hábiles una copia de la misma.

Después de las referidas juntas de aclaraciones no procederá ninguna aclaración sobre el contenido de la Convocatoria y sus anexos.

Las modificaciones y precisiones que surjan de la(s) junta(s) de aclaraciones pasarán a formar parte integral de la Convocatoria, por lo que los licitantes deberán tomarlas en cuenta al momento de preparar sus proposiciones.

3.2.- Celebración del acto de presentación y apertura de proposiciones.

El acto de presentación y apertura de proposiciones se realizará a las 12:00 horas del 16 de marzo de 2018 en la Sala de Capacitación de EL COLEGIO, ubicada en la calle Parque de Macul número 155, Fraccionamiento Colinas del Parque, C.P. 78294, San Luis Potosí, S.L.P.

Los licitantes solamente podrán presentar una proposición en el presente procedimiento de contratación.

Para intervenir en el acto de presentación y apertura de proposiciones, bastará que los licitantes presenten un escrito en el que su firmante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada.

Los licitantes deberán entregar sus proposiciones en un sobre cerrado de manera inviolable y rotulado, la documentación complementaria, distinta a la propuesta técnica y económica, podrán entregarla a su elección dentro o fuera de dicho sobre.

Una vez que los licitantes entreguen sus proposiciones no podrán retirarlas o dejarlas sin efecto, por lo que EL COLEGIO las considerará vigentes hasta la conclusión del procedimiento de contratación.

Los licitantes deberán presentar original y copia del formato Relación de Documentos Requeridos para Participar en la Licitación, que como Anexo Número Dos se presenta en la presente Convocatoria. El formato servirá como constancia de recepción de la documentación que integra su proposición. La falta de presentación del formato no será motivo de desechamiento de la proposición.

EL COLEGIO aceptará proposiciones conjuntas. Las proposiciones conjuntas podrán ser presentadas por dos o más personas físicas o morales sin necesidad de constituir una sociedad o una nueva sociedad (personas morales), siempre que en la proposición que presenten se establezca con toda precisión las partes de las coberturas y condiciones de las pólizas de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional que cada persona quedará obligada a responder en caso de la ocurrencia de algún siniestro, a quienes EL COLEGIO exigirá el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a cada una de ellas. Además deberán celebrar entre ellos un Convenio de Proposición Conjunta o podrán constituirse como una nueva sociedad.

Las proposiciones conjuntas deberán ser firmadas autógrafamente por el representante común que haya sido designado por el grupo, el mismo que deberá señalar en este acto que la proposición que presenta es conjunta.

El acto de presentación y apertura de proposiciones se realizará de acuerdo a lo siguiente:

El representante de EL COLEGIO a partir de la hora señalada dará inicio al acto de presentación y apertura de proposiciones y cerrará la puerta de la Sala de Capacitación y no permitirá el acceso a ningún licitante, observador o servidor público, o el paso de documentación alguna.

1. Acto seguido, el representante de EL COLEGIO procederá a realizar el registro de asistencia.
2. El representante de EL COLEGIO solicitará a los licitantes, en el orden del registro de asistencia, la entrega del sobre cerrado que contiene su proposición.
3. Una vez recibidas las proposiciones, el representante de EL COLEGIO procederá a su apertura, haciendo constar la documentación presentada, sin entrar a su análisis técnico, legal o administrativo y sin que ello implique la evaluación de su contenido. La documentación que presenten los licitantes se comparará contra la que se encuentre relacionada en el formato Relación de Documentos Requeridos para Participar en la Licitación.
4. El representante de EL COLEGIO dará lectura en voz alta al importe total sin IVA de cada proposición económica.
5. El representante de EL COLEGIO recibirá las proposiciones técnicas y económicas, para su posterior análisis detallado y evaluación correspondiente.
6. De entre los licitantes que hayan asistido, éstos elegirán a uno, que en forma conjunta con el representante de EL COLEGIO rubricarán las propuestas técnicas que contengan las coberturas y condiciones de las pólizas de seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional requeridas por EL COLEGIO y las propuestas económicas que contengan las proposiciones que presenten los licitantes.
7. Al término del evento se levantará acta en la que se hará constar el importe de cada una de las proposiciones técnicas y económicas recibidas y se señalará lugar, fecha y hora en que se dará a conocer el fallo. El acta será firmada por los licitantes que asistan y los servidores públicos que intervengan, a quienes se les entregará copia de la misma. La falta de firma de algún licitante no invalidará su contenido y efectos.
8. El Departamento de Recursos Materiales y Servicios de EL COLEGIO difundirá el acta a través de CompraNet para efectos de la notificación a los licitantes que no hayan asistido al acto. Dicho procedimiento sustituye a la notificación personal.

El Departamento de Recursos Materiales y Servicios de EL COLEGIO difundirá a su vez el acta en la página de Internet de EL COLEGIO y pondrá a disposición de los licitantes en sus oficinas, por un periodo de cinco días hábiles, una copia de la misma.

3.3.- Comunicación del fallo.

El fallo se dará a conocer a las 12:00 horas del 21 de marzo de 2018 en la Sala de Capacitación de EL COLEGIO, ubicada en la calle Parque de Macul número 155, Fraccionamiento Colinas del Parque, C.P. 78294, San Luis Potosí, S.L.P.

Al acto podrán asistir los licitantes que hubieren presentado proposiciones.

El fallo lo dará a conocer por escrito el representante de EL COLEGIO, al término del evento se levantará acta que firmarán los asistentes, la falta de firma de algún licitante no invalidará su contenido y efectos. A los asistentes se les entregará copia del fallo y del acta.

El Departamento de Recursos Materiales y Servicios de EL COLEGIO difundirá el acta a través de CompraNet para efectos de la notificación a los licitantes que no hayan asistido al acto. Dicho procedimiento sustituye a la notificación personal.

El Departamento de Recursos Materiales y Servicios de EL COLEGIO difundirá a su vez el acta en la página de Internet de EL COLEGIO y pondrá a disposición de los licitantes en sus oficinas, por un periodo de cinco días hábiles, una copia de la misma.

3.4.- Formalización de la contratación.

La formalización de la contratación de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional se realizará a las 12:00 horas del 23 de marzo de 2018 en la oficina que ocupa la Secretaría General de EL COLEGIO, ubicada en la calle Parque de Macul número 155, Fraccionamiento Colinas del Parque, C.P. 78294, San Luis Potosí, S.L.P.

La formalización de la contratación se realizará por medio de la entrega recepción de la **Carta Cobertura** que sea expedida por el licitante que resulte adjudicado en el presente procedimiento de contratación.

**En la carta cobertura que entregue el licitante que resulte adjudicado deberá precisar las coberturas y condiciones contratadas, así como señalar explícitamente que quedará obligado a pagar directamente o a través de reembolso las cantidades en dinero o en especie que correspondan al verificarse algún siniestro durante el lapso de tiempo comprendido desde la fecha de entrega de la carta cobertura y hasta que emita y entregue las pólizas originales correspondientes.**

Una vez que el licitante que resulte adjudicado entregue la Carta Cobertura y se formalice la contratación, quedará obligado a realizar la entrega de las pólizas de seguro de gastos médicos mayores y de vida institucional.

Previo a la formalización de la contratación, el licitante que resulte ganador deberá presentar original o copia certificada para su cotejo, y copia simple de la documentación siguiente:

1. Identificación oficial vigente con fotografía del representante legal (pasaporte, cédula profesional o credencial de elector).
2. Tratándose de persona moral, testimonio de la escritura pública en la que conste que fue constituida conforme a las leyes mexicanas y que tiene su domicilio en el territorio nacional.
3. Tratándose de persona física, copia certificada del acta de nacimiento o, en su caso, carta de naturalización expedida por la autoridad competente, así como documentación con la que acredite tener su domicilio legal en el territorio nacional (pago del impuesto predial o recibo de pago por el suministro de energía eléctrica).
4. Acuse de Recepción, como constancia de que se encuentra al corriente en sus obligaciones fiscales, en cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación, correspondiente a la consulta de opinión que realice ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT), dentro de los tres días hábiles posteriores a la fecha de comunicación del fallo. En la consulta de opinión que presente el licitante que resulte ganador ante el SAT, deberá incluir la dirección de correo electrónico r.materiales@colsan.edu.mx

5) El licitante que resulte adjudicado deberá entregar a más tardar a los tres días de la notificación de fallo de este procedimiento, Opinión de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales en materia de Seguridad Social emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Si antes de la formalización del contrato o pedido que resulte de este procedimiento se recibe una opinión en sentido negativo EL COLEGIO se abstendrá de formalizar dicho contrato y procederá a remitir a la Secretaría de la Función Pública la documentación de hechos presumiblemente constitutivos de infracción por la falta de formalización del contrato, por causas imputables al licitante adjudicado.

6) Convenio de Proposición Conjunta, en su caso.

En el supuesto de que el contrato se adjudique a licitantes que hayan presentado una proposición conjunta, el convenio de proposición conjunta y las facultades del apoderado legal de la agrupación que formalizará el contrato deberán constar en escritura pública, salvo que el contrato sea firmado por todas las personas que integran la agrupación o por sus representantes legales, quienes en lo individual deberán acreditar su respectiva personalidad jurídica, o por el apoderado legal de la nueva sociedad que se constituya.

Para efectos de los incisos 4) y 5) las opiniones en materia de obligaciones fiscales y en materia de obligaciones fiscales de seguridad social aplicarán para el licitante o licitantes que formen parte de una propuesta conjunta.

Cuando el licitante que resulte ganador no se presente a entregar y firmar la Carta Cobertura por causas imputables a el mismo, será sancionado en los términos del artículo 46 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, además EL COLEGIO, sin necesidad de un nuevo procedimiento, realizará la adjudicación al licitante que haya obtenido el segundo lugar, siempre que la diferencia en precio con respecto a la proposición originalmente adjudicada no sea superior al 10% (diez por ciento).

**4. Requisitos que deberán cumplir los licitantes.**

4.1.- Requisitos para participar en el procedimiento de contratación.

**Para participar en el presente procedimiento de contratación los interesados deberán presentar un escrito en el que su firmante manifieste su interés en participar en el procedimiento e intervenir en los actos de junta de aclaraciones, presentación y apertura de proposiciones y de fallo. El escrito deberá presentarse en papel membretado y estar firmado por la persona que cuente con las facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada.**

La consulta y obtención de la presente convocatoria a través del Sistema de Compras Gubernamentales (CompraNet) o a través de la página de Internet de EL COLEGIO, no constituye una inscripción al presente Procedimiento de Contratación.

4.2.- Personas impedidas para participar en el procedimiento de contratación.

No podrán participar en el presente procedimiento las personas que se encuentren en alguno de los supuestos establecidos en los artículos 50 y 60 penúltimo párrafo, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

4.3.- Presentar sus proposiciones técnicas y económicas en un sobre cerrado de manera inviolable y rotulado, la documentación complementaria, distinta a la propuesta técnica y económica, podrán entregarla a su elección dentro o fuera de dicho sobre.

4.4.- Instrucciones para la elaboración e integración de las proposiciones.

4.4.1.- Instrucciones para la elaboración de las proposiciones.

Las proposiciones que presenten los licitantes deberán:

1. Presentarse por escrito e impresas en hojas tamaño carta y en papel membretado de la empresa licitante.
2. Elaborarse sin tachaduras ni enmendaduras.
3. Presentarse en original, escritas en idioma español y ser cotizadas en moneda nacional.
4. Estar firmadas autógrafamente por la persona facultada para ello en la última hoja de cada uno de los documentos que la integren y rubricadas en cada hoja.
5. Estar foliadas todas y cada una de las hojas de las proposiciones y la documentación complementaria, el foliado de las hojas podrá ser manual, mecánico o electrónico. Se deberá foliar de manera individual la propuesta técnica y económica, así como la documentación complementaria.

4.5.- Integración de las proposiciones.

4.5.1.- Proposición técnica.

1) Escrito con la descripción detallada de las condiciones generales y particulares de las coberturas solicitadas por EL COLEGIO, para las pólizas de seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional que propone, conforme a lo establecido en el numeral 2.1 y el Anexo Número Uno de la presente Convocatoria.

4.5.2.- Proposición económica.

1) Escrito que contenga la partida, descripción sintetizada de las pólizas, cantidad, unidad de medida, precio unitario, subtotal, Impuesto al Valor Agregado, total de la propuesta y demás información, de acuerdo a la propuesta técnica solicitada en la presente Convocatoria. Los licitantes deberán utilizar el formato que como Anexo Número Tres se presenta en la presente Convocatoria.

2) Los licitantes deberán incluir en su proposición económica los descuentos y/o valores agregados que esté en condiciones de ofrecer, sin que esto signifique un incremento en el importe de la póliza de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional.

4.5.3.- Documentación complementaria que deberán entregar los licitantes junto con el sobre que contenga las proposiciones técnicas y económicas.

A elección del licitante, la documentación podrá presentarse dentro o fuera del sobre que contenga sus proposiciones técnicas y económicas.

1) Escrito en el que el licitante manifieste que en caso de resultar adjudicado quedará obligado a pagar directamente o a través de reembolso las cantidades en dinero o en especie que correspondan al verificarse alguna eventualidad prevista en la póliza de seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional.

2) Escrito en el que el licitante manifieste que el domicilio consignado en sus propuestas técnica y económica, será el lugar donde el licitante recibirá toda clase de notificaciones que resulten de los actos, contratos y convenios que celebre con EL COLEGIO. Asimismo deberá comprometerse a notificar por escrito a EL COLEGIO, dentro de los cinco días naturales siguientes el cambio de domicilio, que en su caso ocurra.

3) Escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad, que es de nacionalidad mexicana.

4) Escrito para acreditar su existencia legal y personalidad jurídica, en el que su firmante manifieste bajo protesta de decir verdad, que cuenta con las facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada, dicho escrito deberá contener los datos siguientes:

a) Del licitante: Registro Federal de Contribuyentes; nombre y domicilio, así como, en su caso, los de su apoderado o representante. Tratándose de personas morales, además se señalará la descripción del objeto social de la empresa, identificando los datos de las escrituras públicas y, de haberlas, sus reformas y modificaciones, con las que se acredita la existencia legal de las personas morales, así como el nombre de los socios, y

b) Del representante legal del licitante: datos de la escritura pública en las que le fueron otorgadas las facultades de representación.

1. Copia simple por ambos lados de la identificación oficial vigente con fotografía de la persona autorizada para suscribir las propuestas (pasaporte, cédula profesional o credencial de elector).
2. Carta de aceptación expresa del contenido de la presente Convocatoria y sus anexos, así como de las precisiones que surjan de la junta de aclaraciones.
3. Declaración bajo protesta de decir verdad de no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 50 y 60 penúltimo párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
4. Copia simple de la cédula de identificación fiscal expedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
5. Declaración de integridad, en la que el licitante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que se abstendrá, por sí o a través de interpósita persona, de adoptar conductas, para que los servidores públicos de EL COLEGIO, induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento de adjudicación, u otros aspectos que le puedan otorgar condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes.
6. Escrito en el que señale su dirección de correo electrónico, en su caso.

11) Escrito en el que precise el procedimiento de atención de siniestros, así como sus tiempos de respuesta.

12) Escrito en el que señale que cuenta con representación local para atender las solicitudes de siniestros.

13) Carta bajo protesta de decir verdad de que la compañía aseguradora no se encuentra intervenida en ninguna forma por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

14) Copia del oficio de autorización expedido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para ejercer como compañía aseguradora.

15) Convenio de Proposición Conjunta, en su caso.

16) Proyecto de Póliza: deberán de incluir el proyecto de póliza dentro de su propuesta técnica, la cual será revisada en forma completa, incluyendo sus condiciones generales y particulares de todas las coberturas solicitadas, de suerte que si son adjudicados, esa sería el clausulado de las pólizas resultantes.

Los licitantes que decidan agruparse para presentar una proposición conjunta, deberán presentar en forma individual todos los escritos antes señalados.

En caso de que el licitante entregue información confidencial, deberá señalarlo expresamente por escrito a EL COLEGIO, para darle el tratamiento que establece la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Los licitantes deberán entregar dentro del sobre cerrado que contiene sus proposiciones un disco compacto que contenga en archivo digital la misma información que presentaron en forma documental; es decir cada documento deberá ser digitalizado de forma separada y nombrado para su fácil identificación.

Para el caso de los licitantes que decidan agruparse para presentar una proposición conjunta, el archivo de cada documento deberá contener el escrito respectivo de cada una de las empresas, de tal forma que presentarán tantos archivos como documentos solicitados y cada archivo tendrá el documento respectivo a cada licitante que se agrupe para la proposición conjunta.

**5. Criterios conforme a los cuales se evaluarán las proposiciones y se realizará la adjudicación.**

Serán consideradas únicamente las proposiciones que cumplan con todos y cada uno de los requisitos establecidos en esta Convocatoria, sus anexos y las precisiones que surjan de la(s) junta(s) de aclaraciones.

El Departamento de Recursos Humanos de EL COLEGIO realizará el análisis detallado de las proposiciones técnicas presentadas por los licitantes utilizando el criterio de evaluación binario, es decir, "cumple o no cumple".

Se revisará, analizará y validará la documentación solicitada. En caso de que no se presenten los documentos conforme a lo solicitado o no sean los requeridos, la proposición será desechada.

Se desechará cualquier proposición que presente coberturas y condiciones de las pólizas de seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional distintas a los que solicita EL COLEGIO en la presente Convocatoria.

Se analizará en forma comparativa cada una de las proposiciones económicas.

El Departamento de Recursos Humanos de EL COLEGIO realizará la evaluación económica de las proposiciones y determinará si los precios ofertados por los licitantes resultan aceptables.

Cuando sea necesario para realizar la evaluación de las proposiciones, sin contravenir lo establecido en esta Convocatoria y sin que ello implique el otorgamiento de ventajas potenciales o efectivas para los concursantes, El Departamento de Recursos Humanos de EL COLEGIO podrá solicitar las aclaraciones que estimen pertinentes. En ningún caso dichas aclaraciones podrán tener por efecto la complementación o modificación de las proposiciones.

La evaluación de las proposiciones se realizará conforme a lo siguiente:

1. Se verificará que el escrito de la propuesta técnica detalle las coberturas y condiciones de las pólizas de seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional requeridas por EL COLEGIO, conforme a lo establecido en el numeral 2.1 y el Anexo Número Uno de la presente Convocatoria. Asimismo se verificará que el escrito se presente en original, impreso en papel membretado, escrito en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmado autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliado.
2. Se comprobará que la proposición económica se presente en el formato Proposición Económica anexo a la presente Convocatoria (Anexo Número Tres). Asimismo se comprobará que dicho formato se presente en original, impreso en papel membretado, escrito en idioma español, cotizado en moneda nacional, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmado autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliado.
3. Se verificará que el escrito en el que el licitante manifieste que en caso de resultar adjudicado quedará obligado a pagar directamente o a través de reembolso las cantidades en dinero o en especie que correspondan al verificarse alguna eventualidad prevista en la póliza de seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional, asimismo se verificará que dicho escrito se presente en original, impreso en papel membretado, escrito en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmado autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliado.
4. Se comprobará que el escrito en el que el licitante manifieste que el domicilio consignado en sus propuestas técnica y económica será el lugar donde recibirá toda clase de notificaciones se presente en original, impreso en papel membretado, escrito en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmado autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliado.
5. Se confirmará que el escrito en el que el licitante manifieste que es de nacionalidad mexicana se presente en original, impreso en papel membretado, escrito en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmado autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliado.
6. Se comprobará que el escrito para acreditar su existencia legal y personalidad jurídica contenga la información del licitante y de su representante legal, conforme a lo establecido en inciso 4 del numeral 4.5.3 de la presente Convocatoria. Además se verificará que se presente en original, impreso en papel membretado, escrito en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmado autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliado.
7. Se confirmará que la presentación de la copia simple por ambos lados de la identificación oficial vigente de la persona autorizada para suscribir propuestas (pasaporte, cédula profesional o credencial de elector), se encuentre foliada.
8. Se verificará que la carta de aceptación expresa del contenido de la presente Convocatoria y sus anexos, así como de las precisiones que surjan de la junta de aclaraciones se presente en original, impresa en papel membretado, escrita en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmada autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliada.
9. Se comprobará que la declaración de no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 50 y 60 penúltimo párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público se presente en original, impresa en papel membretado, escrita en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmada autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliada.
10. Se confirmará que se presente la copia simple de la cédula de identificación fiscal expedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y que ésta se encuentre foliada.
11. Se verificará que la declaración de integridad se presente en original, impresa en papel membretado, escrita en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmada autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliada.
12. Se comprobará que el escrito en el que señale su dirección de correo electrónico se presente en original, impreso en papel membretado, escrito en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmado autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliado.

13. Se verificará que se presente el escrito en el que se precise el procedimiento de atención de siniestros, así como sus tiempos de respuesta. Asimismo se verificará que dicho escrito se presente en original, impreso en papel membretado, escrito en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmado autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliado.

14. Se verificará que se presente el escrito en el que señale que cuenta con representación local para atender las solicitudes de siniestros. Asimismo se verificará que dicho escrito se presente en original, impreso en papel membretado, escrito en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmado autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliado.

15. Se verificará que se presente la carta bajo protesta de decir verdad de que la compañía aseguradora no se encuentra intervenida en ninguna forma por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Asimismo se verificará que dicha carta se presente en original, impresa en papel membretado, escrito en idioma español, no contenga tachaduras ni enmendaduras, esté firmado autógrafamente por la persona facultada para ello y se encuentre foliado.

16. Se verificará que se presente la copia del oficio de autorización expedido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para ejercer como compañía aseguradora y que ésta se encuentre foliada.

17. En caso de Proposición Conjunta se verificará la presentación del Convenio respectivo.

18. Se verificará que se presente el proyecto de póliza: misma que deberán incluir las condiciones generales y particulares de todas las coberturas solicitadas.

El resultado de la evaluación será dado a conocer mediante un dictamen, que servirá como fundamento para el fallo, en dicho dictamen se hará constar el análisis de las proposiciones, tanto las admitidas como las desechadas.

**6. Documentos que deben presentar los licitantes.**

6.1.- Proposición técnica.

6.2.- Proposición económica.

6.3.- Escrito en el que manifieste que en caso de resultar adjudicado quedará obligado a pagar directamente o a través de reembolso las cantidades en dinero que correspondan al verificarse alguna eventualidad prevista en la póliza de seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional.

6.4.- Escrito en el que manifieste que el domicilio consignado en sus propuestas técnica y económica, será el lugar donde el licitante recibirá toda clase de notificaciones que resulten de los actos, contratos y convenios que celebre con EL COLEGIO. Asimismo deberá comprometerse a notificar por escrito a EL COLEGIO, dentro de los cinco días naturales siguientes el cambio de domicilio, que en su caso ocurra.

6.5.- Escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad, que es de nacionalidad mexicana.

6.6.- Escrito para acreditar su existencia legal y personalidad jurídica.

6.7.- Copia simple por ambos lados de la identificación oficial vigente con fotografía de la persona autorizada para suscribir las propuestas (pasaporte, cédula profesional o credencial de elector).

6.8.- Carta de aceptación expresa del contenido de la presente Convocatoria y sus anexos, así como de las precisiones que surjan de la junta de aclaraciones.

6.9.- Declaración bajo protesta de decir verdad de no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 50 y 60 penúltimo párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

6.10.- Copia simple de la cédula de identificación fiscal expedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

6.11.- Declaración de integridad.

6.12.- Escrito en el que señale su dirección de correo electrónico.

6.13.- Escrito de procedimiento para atención de siniestros.

6.14.- Escrito de la representación local para atender las solicitudes de siniestros.

6.15.- Carta bajo protesta de decir verdad de que la compañía aseguradora no se encuentra intervenida en ninguna forma por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

6.16.-Copia del oficio de autorización expedido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para ejercer como compañía aseguradora.

6.17.- Convenio de proposición conjunta, en su caso.

6.18 Proyecto de Póliza.

En caso de que el licitante entregue información confidencial, deberá señalarlo expresamente por escrito a EL COLEGIO, para darle el tratamiento que establece la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Los licitantes deberán entregar dentro del sobre cerrado que contiene sus proposiciones un disco compacto que contenga en archivo digital la misma información que presentaron en forma documental; es decir cada documento deberá ser digitalizado de forma separada y nombrado para su fácil identificación.

Para el caso de los licitantes que decidan agruparse para presentar una proposición conjunta, el archivo de cada documento deberá contener el escrito respectivo de cada una de las empresas, de tal forma que presentarán tantos archivos como documentos solicitados y cada archivo tendrá el documento respectivo a cada licitante que se agrupe para la proposición conjunta.

**7. Formalización de la contratación.**

Una vez realizada la evaluación de las proposiciones, la Secretaría General, a través del Departamento de Recursos Humanos y del Departamento de Recursos Materiales y Servicios de EL COLEGIO adjudicará las pólizas de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional al licitante cuya proposición resulte solvente, porque cumple con los requisitos legales, técnicos y económicos establecidos en la presente Convocatoria, garantiza el cumplimiento de las obligaciones a contraer y hubiere ofertado el precio más bajo.

Si derivado de la evaluación de las proposiciones resultaran empatadas dos o más proposiciones la contratación se realizará a favor del licitante que resulte ganador del sorteo por insaculación que realice EL COLEGIO, el cual consistirá en depositar en una urna o recipiente transparente, las boletas con el nombre de cada licitante empatado, acto seguido se extraerá en primer lugar la boleta del licitante ganador y posteriormente las boletas de los demás licitantes que resultaron empatados, con lo cual se determinarán los subsecuentes lugares que ocuparán tales proposiciones.

**8. Garantía de cumplimiento del contrato.**

No aplica.

**9. Penas convencionales.**

Sin perjuicio de lo señalado por el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público, EL COLEGIO impondrá penas convencionales en los términos establecidos por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas y de Seguros, esto por tratares de empresas reguladas por dicha Ley.

**10. Desechamiento de proposiciones.**

Serán causas para el desechamiento de proposiciones las siguientes:

* La falta de información o documentación que imposibilite determinar su solvencia.
* Las que hubieren omitido alguno de los requisitos exigidos.
* Las que presenten coberturas y condiciones de las pólizas de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional distintas a las solicitadas.
* Cuando se compruebe que la información o documentación proporcionada por los licitantes es falsa.
* La comprobación de que algún licitante ha acordado con otro u otros elevar el precio de las pólizas de los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional, o cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener una ventaja sobre los demás licitantes.
* Haber omitido en la proposición las aclaraciones o precisiones surgidas en la(s) junta(s) de aclaraciones.
* Cuando se proponga un plazo mayor para la entrega de las pólizas al señalado en la presente Convocatoria.
* Se compruebe que los precios propuestos no son aceptables.
* Por afectar la solvencia de las proposiciones o incumplir disposiciones jurídicas, la falta de presentación de alguno de los documentos siguientes:

1. Proposición técnica.

2. Proposición económica.

3. Escrito mediante el cual el licitante manifieste que es de nacionalidad mexicana.

4. Escrito para acreditar su existencia legal y personalidad jurídica.

5. Declaración de no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 50 y 60 penúltimo párrafo, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

6. Declaración de integridad.

**11. Causas para declarar desierto el procedimiento de contratación.**

EL COLEGIO procederá a declarar desierto el procedimiento de contratación cuando:

a) No se reciba ninguna propuesta en el Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones.

b) Cuando la totalidad de las proposiciones presentadas no reúnan los requisitos establecidos en la presente Convocatoria.

c) Cuando los precios de las pólizas propuestos no fueren aceptables.

d) Cuando el monto de la proposición solvente más baja rebase el presupuesto autorizado para la contratación de las pólizas de seguro requeridas por EL COLEGIO.

**12. Cancelación del procedimiento de contratación.**

EL COLEGIO podrá cancelar el procedimiento de contratación cuando se presente alguno de los casos siguientes:

a) Por caso fortuito o de fuerza mayor.

b) Porque existan circunstancias justificadas que provoquen la extinción para contratar los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional.

c) Que de continuarse con el procedimiento de contratación se pudiera ocasionar un daño o perjuicio al propio COLEGIO.

d) Si ocurren razones presupuestales imprevistas.

Cuando se cancele el procedimiento de contratación se dará aviso por escrito a todos los licitantes.

**13. Modelo de contrato.**

No aplica.

**14. Lugares en los que los licitantes podrán presentar inconformidades.**

Los licitantes que consideren que alguno de los actos del procedimiento de contratación de la presente Convocatoria contravienen las disposiciones de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos o Servicios del Sector Público o de su Reglamento, podrán presentar su inconformidad por escrito directamente en las oficinas de la Secretaría de la Función Pública, ubicadas Avenida Insurgentes Sur número 1735, colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, México, Distrito Federal; en las oficinas del Órgano Interno de Control de EL COLEGIO, ubicadas en la calle Parque de Macul número 155, Fraccionamiento Colinas del Parque, C.P. 78294, San Luis Potosí, S.L.P.; en las oficinas del Gobierno del Estado de San Luis Potosí o a través de CompraNet.

**15. Anexos.**

**Anexo número uno**

Proposición técnica

Coberturas y condiciones contempladas en las pólizas de seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional del personal de EL COLEGIO.

**Antecedentes**

Los seguros de gastos médicos mayores y de vida institucional son prestaciones que otorga EL COLEGIO a la totalidad de su personal, en este orden de ideas, se debe considerar que se trata de una contratación de seguro de grupo o empresarial, de conformidad con lo que señala la fracción IX del artículo 2 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de julio de 2009.

**Partida número uno.- Seguro de Gastos Médicos Mayores**

**Periodo de vigencia de las pólizas**

Las pólizas deberán tener una vigencia de las 12:00 horas del 31 de marzo de 2018 a las 12:00 horas del 31 de marzo de 2019.

**Colectividad asegurada**

Se considera a todo el personal al servicio de EL COLEGIO, cualquiera que sea su sexo, edad u ocupación; sin necesidad de examen médico, a partir de la vigencia de la póliza y, posteriormente, desde la fecha de su ingreso a EL COLEGIO; ya sea que estén activos o gocen de licencias médicas o incapacidad temporal emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Se excluye de este seguro al personal que labore por honorarios.

La póliza de seguro de grupo de gastos médicos mayores se integra por los subgrupos siguientes:

**Sub grupo 1.- Mandos medios y superiores**

Se trata de un seguro que cubre al trabajador y sus dependientes económicos (esposa(o) e hijos), el cual tiene como límite la suma asegurada establecida en el Acuerdo por el que se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de febrero de 2018, y el diferencial a la suma licitada es liquidado por cada trabajador, reteniendo EL COLEGIO dicho importe y enterándolo a la aseguradora.

La relación de personal de mandos medios y superiores se presenta como anexo número cuatro de la presente convocatoria.

**Sub grupo 2.- Personal Científico, tecnológico, administrativo y de apoyo**

Se trata de un seguro que cubre al trabajador exclusivamente y es pagado en su totalidad por EL COLEGIO. La suma asegurada es igual para todos.

La relación de personal científico, tecnológico, administrativo y de apoyo se presenta como anexo número cinco de la presente convocatoria.

Para ambos subgrupos no habrá límite de edad para aceptación o renovación en la póliza.

**COBERTURAS, CONDICIONES GENERALES Y ADICIONALES**

**Capítulo I.- Definiciones**

**Accidente.** Es toda lesión corporal que requiera atención médica sufrida involuntariamente por el asegurado, causada directamente por hechos externos, violentos, fortuitos e imprevistos o por actos no intencionales que ocurran mientras se encuentre en vigor la cobertura a su favor, y que no sea a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un mismo accidente se considerarán como un solo evento.

**Antigüedad generada.** Es el tiempo que el asegurado ha mantenido en forma continua e ininterrumpida la cobertura en la póliza de seguro del contratante.

**Antigüedad reconocida.** Es la fecha desde la cual el asegurado ha mantenido en forma continua e ininterrumpida una cobertura semejante a la contratada con una o más instituciones aseguradoras.

**Asegurado.** Es toda aquella persona física que se encuentra amparada por la presente póliza y que aparece señalada como tal en el registro de asegurados.

**Asegurado titular.** Es la persona que, siendo directamente miembro de la colectividad asegurada, es el responsable en el consentimiento.

**Aseguradora.** Quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los beneficios estipulados en la póliza.

**Atención médica.** Conjunto de servicios que tienen por objeto restaurar la salud del asegurado como consecuencia de accidentes o enfermedades y cuyo costo es cubierto hasta por el monto señalado por concepto de suma asegurada especificada en la carátula de la póliza.

**Beneficio.** Es la indemnización a la que tiene derecho el asegurado o beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente póliza.

**Beneficiario.** Es la persona o las personas designadas en la póliza, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece.

**CAT.** Es el centro de atención telefónica para los asegurados de la aseguradora.

**Coaseguro.** Porcentaje establecido en la carátula de la póliza como participación del asegurado que se aplicará a los gastos cubiertos en exceso del deducible y será aplicado por evento y en cada reclamación procedente.

**Contratante.** Es la persona moral que suscribe con la aseguradora una póliza de seguro de gastos médicos mayores, y es responsable ante la aseguradora de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.

**Deducible.** Cantidad fija establecida en la carátula de la póliza con la cual participa el asegurado por cada evento procedente.

**Dependientes.** Son el cónyuge o concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, así como los hijos menores de 25 años, salvo que tengan una discapacidad que los haga dependientes del asegurado.

**Donante.** Persona que se somete a una operación quirúrgica con el propósito de donar en forma legal, órgano(s) de su cuerpo durante una cirugía de trasplante.

**Electivo.** En relación con un procedimiento o trasplante cualquier tratamiento, servicio, procedimiento o cirugía los cuáles se pueda, por parte del asegurado y junto con su médico tratante, elegir o seleccionar la fecha en que se realizará dicho tratamiento.

**Emergencia médica.** Se entenderá por emergencia médica aquel tratamiento médico o quirúrgico al que se debe someter el asegurado por sufrir en forma súbita y aguda una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal o la viabilidad de alguno de los órganos como resultado de algún accidente o enfermedad.

**Emergencia médica en el extranjero.** Cualquier alteración de la salud del asegurado, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de salida en viaje, a través de síntomas agudos de tal severidad que requieran atención médica de inmediato, que ponga en peligro su vida o su integridad corporal.

**Endoso.** Es el acuerdo establecido por las partes en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la póliza.

**Enfermedad.** Es la alteración en la salud del asegurado, diagnosticada por un médico profesionista independiente legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa del tratamiento médico o quirúrgico que se requiera, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo evento.

**Enfermedad congénita.** Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional y den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

**Enfermera.** Profesional de la salud que ha terminado los estudios básicos de enfermería y que está capacitada y autorizada para brindar los servicios de enfermería que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos.

**Evento.** Se considera como un solo evento todo tipo de afectación a consecuencia de un accidente o enfermedad, así como todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas directa o indirectamente del acontecimiento inicial.

**Exclusiones.** Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la póliza, y que se encuentran expresamente indicadas.

**Experimental o de investigación.** En relación con un procedimiento o trasplante, un procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento, equipo, tecnología o medicamento que: **a)** no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una enfermedad o condición por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional o por autoridades sanitarias nacionales o extranjeras; **b)** se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico (incluyendo protocolos de investigación); **c)** cuyo uso haya sido restringido a estudios científicos o de investigación clínica; **d)** cuya efectividad, valor o beneficio terapéutico, no ha sido probado en una forma objetiva. El asegurado puede en cualquier momento ponerse en contacto con la aseguradora con el objeto de determinar si, en relación con un procedimiento o trasplante, dicho procedimiento, tratamiento, equipo, o medicamento es considerado experimental o investigación.

**Fecha de inicio de vigencia.** Fecha que aparece señalada en la carátula de la póliza como fecha efectiva, a partir de la cual comienzan los beneficios de la póliza contratada.

**Gasto usual y acostumbrado (gua).** Es el costo usual, razonable y acostumbrado (usual, customary and reasonable - UCR) correspondiente a tarifas y honorarios profesionales del tratamiento o intervención que se realice, de acuerdo al tabulador del lugar donde recibió la atención médica. En caso de no existir el costo razonable y acostumbrado, los pagos se efectuarán en base al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos del plan contratado con la aseguradora.

**Grupo asegurable.** Son aquellos asegurados y sus dependientes que son asegurables mediante esta póliza.

**Honorarios médicos.** Es la remuneración que obtiene el profesionista médico legalmente reconocido por los servicios profesionales que presta a los asegurados, previa expedición del recibo o factura correspondiente con requisitos fiscales.

**Hospital.** Se entenderá por hospital aquella institución que opera en México, aprobada por las leyes mexicanas para brindar servicios relacionados al cuidado y mantenimiento de la salud.

**Hospitalización.** Es la estancia continua en un hospital o sanatorio, siempre y cuando se haya comprobado y justificado para el padecimiento; dicho período empezará a correr en el momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.

**Médico.** Persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina, pudiendo ser médico general o médico especialista.

**Padecimientos preexistentes.** Se entenderá por padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

A) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del asegurado dentro de la póliza.

B) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del asegurado bajo la póliza.

C) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la póliza. Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza. El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que, por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que el médico tratante determine mediante un diagnóstico o tratamiento, o el desembolso para la detección o tratamiento, previo a la celebración del contrato.

**Pago directo.** Servicio en beneficio del asegurado, mediante el cual la aseguradora liquida directamente al prestador de servicios médicos los gastos en que incurra el asegurado por motivo de accidente o enfermedad y que estén cubiertos por este contrato.

**Período de gracia.** Es aquel intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de pago directo que se deriven de esta póliza, sin que ello implique la pérdida de continuidad en la cobertura. Se genera por falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza.

**Período al descubierto.** Es aquel intervalo de tiempo durante el cual quedan cancelados todos los beneficios de esta póliza, produciendo con ello la pérdida de la antigüedad (generada y/o reconocida), provocando discontinuidad en la cobertura.

**Período de espera.** Es el tiempo mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la póliza con la aseguradora, a fin de que determinados padecimientos puedan ser cubiertos, tal como se describen en los apartados correspondientes.

**Póliza y/o contrato.** Es el documento que opera como contrato de seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud de seguro, los certificados individuales, los consentimientos, endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y la aseguradora, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

**Prima.** Es el valor determinado por la aseguradora, que el contratante deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

**Prótesis.** Todo aparato que suple o sustituye la función biológica o mecánica en forma parcial o total de algún órgano o extremidad.

**Programación de cirugías.** Proceso mediante el cual la aseguradora confirma el pago directo, previo a la intervención quirúrgica y/o tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria.

**Recién nacido prematuro.** Producto de la concepción de veintiocho (28) semanas a treinta y siete (37) semanas de gestación.

**Red de proveedores de servicios médicos o red de proveedores preferentes.** Conjunto de médicos, hospitales y proveedores de servicios para la salud que cuentan con un convenio firmado con la aseguradora para la prestación de sus servicios a los asegurados.

**Reembolso.** Sistema que consiste en que los gastos realizados a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por esta póliza, son liquidados por el asegurado directamente al prestador de servicios, y aquellos que procedan son posteriormente reintegrados por la aseguradora al asegurado.

**Reinstalación automática.** La suma asegurada se reinstalará automáticamente, para cada asegurado, para cubrir nuevos eventos. En ningún caso se reinstalará la suma asegurada disminuida o agotada para un mismo evento cubierto por esta póliza o por otra aseguradora.

**Sida.** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se considera que una persona tiene Sida cuando en una prueba serológica de Elisa el VIH es positivo y esto es confirmado con una prueba suplementaria de western blood, y que tenga también un conteo de células cd4 menor que 500/mm3.

**Suma asegurada o beneficio máximo.** Es la cantidad máxima que la aseguradora pagará por los gastos cubiertos de acuerdo con el plan contratado a cada asegurado, por la atención de cada evento distinto e independiente. La suma asegurada queda fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto cubierto para ese evento.

**Tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos.** Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos que determina el monto máximo que pagará la aseguradora para cada evento cubierto por concepto de honorarios médicos y/o quirúrgicos para dichos procedimientos. Este está relacionado con el tipo de red de proveedores contratada.

**Terrorismo.** Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a influenciar o presionar al gobierno para que tome una determinación, o tratar de menoscabar la autoridad del estado; ocasionando lesiones o la muerte de una o varias personas.

**Trasplante.** Es el procedimiento médicamente necesario durante el cual: a) uno o más órganos de un donante (vivo o fallecido), es transferido quirúrgicamente a una persona denominada el receptor. b) el tejido proveniente del donante (vivo o fallecido); o del mismo receptor, es transferido quirúrgicamente al receptor o a un área corporal diferente del mismo receptor.

**Vigencia.** Es la duración de la póliza, la cual está estipulada en la carátula de la póliza.

**Unidad de Medida y Actualización (U.M.A.) DESINDEXACIÓN AL S.M.G.M.** Derivado de la

reforma realizada a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos publicada en el Diario Oficial de la federación de fecha 27 de enero de 2016, con aplicación a partir del 28 de enero de 2016, reforma que modifica del artículo 41 el inciso a) de la base II; del artículo 123, el párrafo primero de la fracción VI del Apartado A; y adiciona los párrafos sexto y séptimo al Apartado B del artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reforma por la cual se establece que la Unidad de Medida y Actualización sustituye el concepto de Salario Mínimo General en la póliza de seguro contratada, por la presente y en acatamiento al mandato Constitucional, todo señalamiento en el contrato de seguro que utilice como referencia para cualquier efecto el salario mínimo, se entenderá referido a la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

Es importante hacer notar que al 28 de enero de 2016 la equivalencia en pesos es igual en ambos parámetros, Salario Mínimo General y Unidad de Medida y Actualización, por lo que los alcances de cobertura de los planes de seguro no sufren cambio alguno y en su caso, la equivalencia en pesos se actualizará conforme al procedimiento establecido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) como lo prevé el Artículo Transitorio Segundo del Decreto antes señalado, en este sentido, el INEGI calculará en los términos que señale la ley, el valor de la Unidad de Medida y Actualización, que será utilizada como unidad de cuenta, índice, base, medida o referencia para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en el contrato de seguro, así, las obligaciones y supuestos denominados en Unidades de Medida y Actualización se considerarán de monto determinado y se solventarán entregando su equivalente en moneda nacional y al efecto, se cuantificará el monto de la obligación o supuesto, expresado en las citadas unidades, por el valor de dicha unidad a la fecha correspondiente.

**Capítulo II.- Coberturas y condiciones**

|  |  |
| --- | --- |
| Nivel hospitalario | Todos los hospitales |
| Suma asegurada | 600 UMAM |
| Cobertura | Nacional |
| Deducible | 1.81 UMAM |
| Coaseguro | 10% |
| Catálogo de H. Q. | 36 UMAM o similar |
| Parto normal | Cubierto hasta 18 UMAM |
| Cesárea | Cubierto hasta 18 UMAM |
| Aborto involuntario | Cubierto hasta 18 UMAM |
| Litotripsias | Hasta el G.U.A. (Gasto Usual y Acostumbrado) |
| Recién nacido sano | Cubierto hasta 4UMAM |
| Tope de coaseguro | $ 30,000.00 M.N. por enfermedad o accidente |

El objeto de este contrato es resarcir al asegurado los gastos en que incurra con motivo de la atención médica que reciba, a consecuencia de un accidente y/o enfermedad que haya requerido tratamiento médico o quirúrgico por indicación de su médico tratante y que están relacionados con el padecimiento cubierto bajo estas condiciones y dentro de la vigencia de la póliza. La aseguradora pagará o reembolsará el costo de los mismos hasta por la suma asegurada contratada, ajustándola previamente por el deducible y coaseguro correspondiente, así como por las limitaciones señaladas en la póliza, siempre que esta se encuentre en vigor para ese asegurado al momento del accidente y/o enfermedad.

Se consideran gastos médicos cubiertos aquellos incluidos en la póliza, en los que incurra el asegurado dentro de la república mexicana, para el diagnóstico y tratamiento médico, requeridos para la atención de cualquier accidente y/o enfermedad procedente de acuerdo a los términos y condiciones de esta póliza.

**1. Cobertura básica**

La aseguradora reembolsará los gastos procedentes hasta que se presente la primera de las siguientes situaciones:

**A)** Concluya la vigencia de la póliza.

**B)** Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo, exceptuando los padecimientos para los cuales se realizaron gastos con anterioridad a la fecha de separación del asegurado del grupo.

**C)** Cuando la suma de los gastos procedentes pagados para un mismo evento sea igual a la suma asegurada, siempre que la cobertura haya estado vigente.

Los gastos médicos cubiertos son aquéllos que efectúe el asegurado por indicación de su médico tratante, el cual debe estar autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con motivo de la atención médica requerida a causa de cualquier accidente y/o enfermedad cubierta dentro de la vigencia de la póliza y que sean necesarios para el restablecimiento de la salud del asegurado.

**1.1 Honorarios médicos y/o quirúrgicos. -** Honorarios por intervención quirúrgica con base en la tabla de honorarios médico-quirúrgicos, según se detallan expresamente en la carátula de la póliza. Incluyen honorarios de ayudantes, honorarios por visitas y consultas, siempre y cuando el médico tratante no sea cónyuge o familiar en línea directa o colateral del asegurado.

Para los honorarios del anestesiólogo y ayudantes se aplicarán los siguientes porcentajes máximos sobre el honorario del cirujano:

* Anestesiólogo 30%
* Ayudante 20%
* Segundo ayudante (siempre y cuando la intervención quirúrgica lo amerite) 10%
* Instrumentista 10%

La cantidad liquidada por concepto de cirugía incluye todas las atenciones prestadas al asegurado por cirujanos y ayudantes, salvo las consultas preoperatorias.

**1.2 Honorarios por consultas. -** Estos gastos se cubrirán con base en la tabla de honorarios médico-quirúrgicos y a razón de una visita o consulta diaria.

**1.3 Honorarios de enfermeras. -** Se cubrirán los gastos originados por el uso de enfermera con base en la tabla de honorarios médico-quirúrgicos, contratada por turno de ocho (8) horas, con un máximo de tres (3) turnos diarios. en caso de requerirse los servicios de enfermera fuera de un hospital, éstos se cubrirán únicamente si son bajo prescripción médica y por un período máximo de treinta (30) días, por cada accidente o enfermedad procedente.

**1.4 Cuarto de hospital. -** Se cubrirá hasta el costo del cuarto privado estándar por cada día de hospitalización y alimentos que requiera el asegurado, incluyendo cama extra para un acompañante.

**1.5 Sala de operaciones, curaciones y de recuperación. -** Se encuentran cubiertos los gastos originados por el uso de sala de operaciones, curaciones y de recuperación, hasta el gasto usual y acostumbrado donde se preste el servicio. También se encuentra cubierta la atención en unidades de cuidados intensivos, intermedia, unidad de cuidados coronarios y sala o cuarto de urgencias.

**1.6 Gastos intrahospitalarios. -** Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones, transfusiones de sangre, aplicación de plasma o sueros, hemodiálisis y otras substancias semejantes indispensables para el tratamiento de un accidente o enfermedad cubiertos.

**1.7 Exámenes de laboratorio y/o gabinete. -** Se pagarán aquellos que sean indispensables para el diagnóstico de un accidente o enfermedad cubiertos, siempre que sean prescritos por el médico tratante, siempre y cuando los estudios prescritos se refieran o tengan relación directa con el padecimiento que se está tratando. No se encuentran amparados aquellos exámenes en donde la metodología de diagnóstico está en fase experimental. Estos servicios se cubrirán siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo.

**1.8 Medicamentos. -** Serán pagados con base al consumo y gasto usual y acostumbrado, aquellos medicamentos adquiridos dentro y fuera del hospital que sean necesarios para el tratamiento del accidente o enfermedad cubierto, que hayan sido prescritos por el médico tratante. Para su reembolso es requisito indispensable presentar la factura desglosada a nombre del asegurado titular o de la aseguradora y la receta correspondiente.

**1.9 Transfusiones de sangre, plasma y sueros. -** Se cubrirán los gastos que se generen por las transfusiones de sangre, plasma y sueros, prescritos por el médico tratante para el tratamiento de un accidente o enfermedad cubierto incluyendo estudios hechos a posibles donadores de sangre.

**1.10 Servicio de terapia física. -** Cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta el asegurado requiera recibir servicios de terapia física (rehabilitación, fisioterapia, inhaloterapia), éstos serán amparados por la póliza únicamente cuando se reciban en una institución o con persona especializada y bajo prescripción del médico tratante, hasta el número de sesiones recomendadas por el médico tratante de acuerdo a la evolución del padecimiento. Para estos servicios se cubrirá hasta gastos usual y acostumbrado.

**1.11 Servicio de radioterapia y quimioterapia. -** Cuando a consecuencia de una enfermedad cubierta el asegurado requiera recibir servicios de radioterapia y quimioterapia, éstos serán amparados por la póliza únicamente cuando se reciban en una institución o con persona especializada y bajo prescripción del médico tratante, hasta el número de sesiones recomendadas por el médico tratante de acuerdo a la evolución del padecimiento. Para estos servicios se cubrirá hasta gastos usual y acostumbrado.

**1.12 Renta de equipo. -** Serán cubiertos los gastos originados por el arrendamiento de silla de ruedas, muletas, camas especiales para enfermos y aquellos que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria del asegurado bajo supervisión médica. El período máximo de arriendo del equipo será de hasta treinta (30) días naturales y previa autorización de la aseguradora, se podrá aceptar la compra del equipo en lugar de rentar el mismo.

**1.13 Aparatos ortopédicos y prótesis.-** aquellos aparatos ortopédicos y prótesis necesarios para el tratamiento integral del padecimiento, serán cubiertos por la aseguradora siempre y cuando sean requeridos por primera vez en la vida del asegurado, excepto recambios o reemplazos, que sean necesarios a consecuencia de un accidente cubierto. Se encuentran cubiertos aquellos aparatos ortopédicos o prótesis que se requieran a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto. Se excluye la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis del asegurado ya existentes, por el uso y desgaste normal de los mismos.

**1.14 Servicio de ambulancia terrestre. -** Se cubrirá en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, el uso de una ambulancia terrestre dentro del territorio nacional, desde el lugar donde se encuentre el asegurado hasta al hospital más cercano de la red de proveedores que cuente con la infraestructura para la atención del asegurado.

**1.15 Tratamiento quiropráctico. -** Se consideran cubiertos los honorarios por tratamientos quiroprácticos, siempre y cuando el tratamiento sea recomendado por el médico tratante y se realice por profesionales que cuenten con cédula profesional para ejercer dicha profesión.

**1.16** Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el **estrabismo** del asegurado nacido dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la madre asegurada haya cumplido con el periodo de espera de diez (10) meses a partir de su fecha de alta en la póliza, a la fecha del nacimiento del asegurado.

**1.17** Gastos por **tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo** (no estético) que sean indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza.

**1.18** Gastos por **tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales,** que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, debidamente sustentados con las radiografías que corroboren el daño sufrido por el asegurado.

**2. Coberturas y condiciones adicionales**

**2.1 Enfermedades de la nariz y senos paranasales** se cubrirán los gastos que se requieran para el tratamiento de padecimientos de la nariz y/o senos paranasales, derivados de accidentes o enfermedades cubiertos, siempre y cuando éste no se trate de cirugía plástica y previa valoración y autorización de la aseguradora, salvo en caso de accidente. los honorarios médicos se cubrirán tanto en accidente como enfermedad como un sólo procedimiento o enfermedades que afecten los senos paranasales y la estructura de la nariz, aplicando la suma asegurada, el deducible y el coaseguro que corresponda conforme a la forma de pago.

**2.2 Segunda opinión médica** en cualquier momento el asegurado podrá solicitar una segunda opinión sobre el diagnóstico y tratamiento de su padecimiento con los médicos especialistas de la red de proveedores de la aseguradora. Esta segunda opinión será canalizada a través del coordinador médico de la aseguradora.

**2.3 Enfermedades congénitas** quedan amparadas las malformaciones congénitas de los hijos del asegurado nacidos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando hayan sido dados de alta en la misma dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento y con el pago de prima correspondiente. Así mismo, se cubren también para los nacidos fuera de la vigencia de la póliza a condición de que cumpla con las siguientes características;

A) No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza

B) No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza

C) El padecimiento haya sido desapercibido por el asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza

**2.4 Ambulancia aérea** se cubrirá en caso de emergencia médica y por indicación del médico tratante, el uso de una ambulancia aérea dentro del territorio nacional, desde el lugar donde se encuentre el asegurado hasta al hospital más cercano que cuente con la infraestructura para la atención del mismo, aplicando una suma asegurada máxima de $50,000.00 (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), sin deducible y coaseguro del 20%. El servicio se prestará de aeropuerto a aeropuerto.

**2.5 Emergencia en el extranjero** esta cobertura aplicará en caso de que se origine una emergencia médica en el extranjero, definida como tal en esta póliza, por motivo de un accidente o enfermedad cubiertos cuando el asegurado se encuentre de viaje fuera de la república mexicana, aplicando la suma asegurada máxima de $50,000.00 M.A. (cincuenta mil dólares usa 00/100 M.A.), con deducible de $50.00 M.A. y sin coaseguro. se cubrirán los gastos médicos erogados por dicha emergencia médica efectuados fuera del territorio nacional siempre y cuando la primera sintomatología se haya presentado en el extranjero.

Por concepto de habitación, quedará cubierta la tarifa correspondiente a “cuarto semiprivado”. El costo por la atención será el establecido en los tabuladores denominados “ucr” (usual, customary and reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del país donde se presente la emergencia médica.

La emergencia, así como los efectos de esta cobertura terminan cuando a criterio del médico tratante la atención médica de urgencia se estabilice y controle la condición patológica del paciente y esté en posibilidad de regresar a territorio nacional o al expedirse el alta del servicio de urgencias o de hospitalización. Cualquier tratamiento posterior, será atendido en la república mexicana de acuerdo a las condiciones del plan contratado.

La aseguradora pagará en moneda nacional al tipo de cambio vigente a la fecha en que se efectúo el gasto dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación, bajo el rubro de tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la república mexicana.

Exclusiones y limitaciones de la cobertura de emergencia en el extranjero.- No se cubren los gastos que se originen por accidente y/o enfermedad ocurridos en el extranjero donde se atiende médicamente la emergencia, así como sus consecuencias o complicaciones, si éstos no ocurrieron en dicho país y con motivo de la estancia o del viaje. No se pagarán los gastos efectuados en el extranjero a consecuencia de: todos aquellos conceptos que figuren como exclusión en las condiciones generales de la póliza.

A) Servicio de enfermera fuera del hospital.

B) Tratamientos de rehabilitación.

C) Reclamación originada por padecimientos preexistentes.

D) El parto, cesárea y complicaciones del embarazo, cualquiera que sea su causa.

E) Estudios e intervenciones quirúrgicas programadas dos (2) días después de la emergencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del asegurado.

No procederá la reclamación cuyo primer gasto sea efectuado después de acumular una estancia mayor a tres (3) meses continuos en el extranjero.

**2.6 Sida y sus complicaciones. -** A efecto de que la póliza ampare los gastos realizados por tratamientos médicos y quirúrgicos que se originen con motivo de que el asegurado sea diagnosticado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), éste deberá haber estado asegurado de forma continua e ininterrumpida por lo menos durante cuatro (4) años en el mismo grupo asegurado. En tal virtud, la aseguradora únicamente cubrirá los gastos que tengan lugar después de transcurrido este período de espera, contado a partir de la fecha de alta en la póliza del asegurado en la primer póliza contratada para el grupo asegurable.

**2.7 Cobertura de tratamientos oftalmológicos.-** Se cubrirán los gastos en que incurra el asegurado a consecuencia de tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis o aplicación de excimer laser, epiqueratofaquía y similares, siempre y cuando el asegurado tenga cinco o más dioptrías por ojo, amparándose con una suma máxima de $ 20,000.00 (veinte mil pesos 00/100 M.N.), sin aplicación de deducible y coaseguro.

Quedarán cubiertos los gastos médicos erogados por el costo del lente intraocular, siempre y cuando este médicamente justificado, amparándose con una suma máxima de $40,000.00 (cuarenta mil pesos 00/100 M.N.), se cubre en territorio nacional. Aplica deducible y coaseguro de la póliza.

**2.8 Cobertura de pago de complementos de siniestros. -** Quedarán cubiertos los gastos médicos que se eroguen durante la vigencia de esta póliza para todos los asegurados, por enfermedades y/o accidentes iniciados en vigencias anteriores de las pólizas contratadas del seguro de gastos médicos mayores por el contratante con otras aseguradoras bajo las siguientes condiciones:

A) Los gastos médicos que se eroguen, siempre y cuando, sean a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparada y tratada, en la(s) póliza(s) de la(s) vigencias anteriores, contratadas por el contratante para proteger a la misma colectividad de la presente póliza.

B) Los gastos médicos que se eroguen quedaran cubiertos bajo las condiciones vigentes en la fecha en que se efectúe el primer gasto, hasta agotar el remanente de la suma asegurada de la enfermedad y/o accidente cubierto o termine la vigencia de la presente póliza, lo que ocurra primero.

C) Para los efectos de este beneficio será necesario que la vigencia del seguro no haya sido interrumpida ni en la (s) aseguradora(s) anterior(es), ni en el cambio con la aseguradora.

D) El deducible se considera cubierto por parte del asegurado y aplicar remanente del tope de coaseguro vigente.

**2.9 Cobertura de padecimientos preexistentes. -** Se consideran padecimientos preexistentes aquellas enfermedades o accidentes por las cuales el paciente haya presentado signos y síntomas antes del inicio de la vigencia de la póliza o aquellos que hayan sido determinadas por un médico mediante el diagnóstico o tratamiento y que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un perito médico lo determine o mediante un arbitraje médico. dicho padecimiento se cubrirá independientemente de que el primer gasto se origine antes del inicio de la póliza o durante la vigencia, siempre y cuando no se considere como complemento de siniestro, el cual deberá sujetarse a lo indicado en el pago de complementos. Sin periodo de espera.

**2.10 Cobertura de deportes peligrosos.-** Se cubrirán los gastos en que incurra el asegurado, únicamente dentro de la república mexicana, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, tal como alpinismo, artes marciales, buceo, cacería, ciclismo, charrería, cualquier tipo de deporte aéreo (planeadores, vuelos delta, etc.), equitación, espeleología, paracaidismo, tauromaquia, motociclismo, automovilismo, regatas, jet ski, go-karts, montañismo y cualquier otro deporte amateur.

**2.11 Circuncisión. -** Se cubrirán los tratamientos medico quirúrgicos por circuncisión por indicación médica, sin periodo de espera, excluyéndose los tratamientos de tipo profiláctico.

**2.12 Reconocimiento de antigüedad. -** De acuerdo a su definición, la aseguradora reconocerá la antigüedad que el asegurado haya acumulado a partir del primer inicio de vigencia de una póliza de seguro de gastos médicos o similares. el reconocimiento de antigüedad no implica la procedencia de padecimientos preexistentes ni el pago de complementos.

**2.13 Trasplante de órganos.-** Se cubren los gastos originados por el trasplante de órganos, de acuerdo a las definiciones especificadas en esta póliza, este procedimiento en territorio nacional. En estos casos la aseguradora podrá solicitar una segunda opinión médica.

Los gastos médicos cubiertos incurridos por trasplantes, incluyen, aquellos prescritos por el médico tratante que sean médicamente razonables y permitidos a causa de tratamientos, servicios y/o suministros requeridos por o en relación con un trasplante cubierto, los cuales incluyen, entre otros:

A) Servicios médicos.

B) Internamiento en un hospital o centro de trasplante. C) Obtención de órganos.

D) Medicinas proporcionadas durante una hospitalización, o suministros para usar en la casa.

E) Cuidados postoperatorios.

Para el caso de un donante vivo, se incluyen los servicios durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante al asegurado. Los gastos cubiertos incluyen:

A) Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplantes, por concepto de habitación, sala o pabellón, comidas, servicio de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del hospital o centro de trasplante, pruebas de laboratorio, uso de equipos y otros servicios hospitalarios.

B) Gastos quirúrgicos y servicios relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante.

Para esto efectos, un trasplante de dos órganos realizado durante la misma sesión de cirugía será considerado como un sólo trasplante. Los beneficios por un procedimiento de re-trasplante (un segundo trasplante que se efectúa a continuación de un trasplante inicial que fracasó), será pagado solamente si se considera médicamente necesario. Los trasplantes cubiertos bajo esta cobertura son:

1. Corazón;

2. Corazón y pulmón combinados;

3. Riñón;

4. Córnea;

5. Hígado;

6. Hueso;

7. Piel (para injerto o para cualquier otro propósito médicamente necesario);

8. Médula ósea alogénica, para:

O Anemia aplástica

O Leucemia aguda

O Inmunodeficiencia combinada severa

O Síndrome de wiskott-aldrich

O Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de albers schonberg u osteopetrosis generalizada)

O Leucemia mielógena crónica (lmc)

O Neuroblastoma estado III o IV en niños mayores de un año

O Beta talasemia homozigote (talasemia mayor)

O Linfoma de hodgkin, estado III a o b, o estado IV a o b

O Linfoma de no- hodgkin, estado III o estado IV.

9. médula ósea antóloga, para:

O Linfoma de no-hodgkin, estado III a o b; estado IV a o b

O Linfoma de hodgkin, estado III a o b; o estado IV a o b

O Neuroblastoma, estado III o estado IV

O Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso

Exclusiones específicas para la cobertura de trasplantes

A) Que no esté especificado como un trasplante cubierto bajo esta cobertura.

B) Cuando esté disponible cualquier tratamiento o procedimiento alternativo, igualmente efectivo para el tratamiento de la condición o enfermedad del asegurado.

C) Que el trasplante esté relacionado con una condición de naturaleza experimental o de investigación o con un procedimiento electivo.

D) Gastos del donante, salvo que sea el propio asegurado o lo específicamente amparado en la presente cobertura.

**2.14 Cobertura de franja fronteriza.-** Se cubren los gastos originados por enfermedades cubiertas en la franja fronteriza, incluidos los derivados de lesiones por la práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos, considerándose como franja fronteriza el territorio comprendido entre la línea divisoria internacional con los estados unidos de américa y la línea paralela a una distancia de 20 millas hacia el norte del territorio nacional, con deducible normal y coaseguro del 30% operando exclusivamente por reembolso.

**2.15 Litotripsias.-** Se cubren los tratamientos médicos quirúrgicos por desmenuzamiento o fragmentación de un cálculo, conocido como litotripsias, con deducible y coaseguro estipulado en la póliza y sin periodo de espera, la suma asegurada incluye todas las sesiones de litotripsias, el equipo especial, hospitalización si la hubiera y honorarios médicos.

**2.16 Derecho a seguro individual.-** Los asegurados que causen baja de la póliza tendrán derecho a continuar asegurados de manera independiente en un seguro individual independientemente de su edad y sin realizar un proceso de selección médica con el pago de primas correspondiente por parte del asegurado de acuerdo a su edad, sexo, lugar de residencia y ocupación, siempre que realicen su trámite antes de 30 días de haber causado baja del grupo, considerando respeto a su antigüedad generada en la póliza de grupo, suma asegurada similar o mayor de acuerdo a los planes que ofrezca la aseguradora en su cartera de seguro individual y pago de complementos de siniestros hasta el remanente de suma asegurada por enfermedades y/o accidentes manifestados dentro de la vigencia de la póliza se considera cubierto el deducible por parte del asegurado y solo aplicar a la póliza de coaseguro vigente de forma individual.

**2.17 Xifosis, lordosis y escoliosis.-** Se conviene en cubrir de manera expresa estos padecimientos para todos los asegurados.

**2.18 Potenciación de seguro.-** El subgrupo 1.- mandos medios y superiores, conviene en potenciar su suma asegurada al importe solicitado en el presente anexo, por lo que se conviene que a la aseguradora adjudicada y una vez formalizado el contrato, se le solicitara por escrito el diferencial de primas que pudiera existir por el incremento de suma asegurada con respecto a lo autorizado para cada funcionario y su familia, a efecto de que “EL COLEGIO” retenga de su nómina ese importe como aportación al pago total.

**3. Maternidad**

**3.1 Parto normal. -** Se cubre a la asegurada titular, cónyuge o concubina del asegurado, sin importar el número de eventos que se presenten en la vida de la asegurada y sin aplicación de periodos de espera, de acuerdo a las condiciones establecidas para este beneficio.

**3.2 Operación cesárea. -** Se cubre a la asegurada titular, cónyuge o concubina del asegurado, sin periodo de espera, de acuerdo a las condiciones establecidas para este beneficio en la carátula de la póliza.

**3.3 Parto prematuro. -** Se cubre a la asegurada titular, cónyuge o concubina del asegurado, sin período de espera.

**3.4 Cobertura del recién nacido.-** Quedarán asegurados los niños que nazcan durante la vigencia de la póliza desde el primer día de nacido sin necesidad de selección médica ni solicitud de ingreso, cubriéndoles padecimientos congénitos, prematurez y/o complicaciones que se presenten a partir de la fecha de su nacimiento, siendo condición indispensable para que surta efecto este beneficio, que se dé aviso por escrito a la aseguradora dentro de los 30 días naturales siguientes al nacimiento y a pagar la prima respectiva.

**3.5 Recién nacido sano. -** Quedan cubiertos los gastos del recién nacido sano hasta un máximo de 4 UMA, así mismo quedarán asegurados los niños que nazcan durante la vigencia de la póliza desde el primer día de nacido, siendo condición indispensable, para que surta efecto este beneficio, que se dé aviso por escrito a la aseguradora dentro de los 30 días naturales siguientes al nacimiento. Se aclara que la suma asegurada indicada es para cada uno de los neonatos.

**3.6 Aborto involuntario. -** Se cubrirán los gastos en que incurra la asegurada titular o cónyuge del asegurado titular, que tengan entre 18 y 45 años de edad, amparándose los gastos correspondientes únicamente a hospitalización y honorarios médicos inherentes al evento.

Para los efectos de este beneficio, se considerará como aborto involuntario la interrupción de la gestación que ocurra antes de la semana 20 (veinte) del embarazo y sólo se cubrirá si su acontecimiento es involuntario para la asegurada y su realización se acredita mediante los correspondientes estudios de laboratorio y/o gabinete.

**3.7 Complicaciones del embarazo. -** Se cubre a la asegurada titular, cónyuge o concubina del asegurado sin periodo de espera, aplicando la suma asegurada, deducible y coaseguro que contratadas conforme a lo especificado en este documento y de acuerdo al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos contratado. Únicamente se cubrirán los siguientes padecimientos:

A) Preeclampsia y eclampsia

B) Toxemia gravídica

C) Placenta previa

D) Fiebre puerperal

E) Embarazo extrauterino

F) Embarazo molar

Exclusiones y limitaciones de la cobertura de maternidad

Esta cobertura no ampara:

A) control, vigilancia y atención prenatal, tal como consultas de control del embarazo, estudios de laboratorio y de gabinete, medicamentos, complementos vitamínicos, entre otros.

B) afecciones propias del embarazo, amenaza de aborto, aborto, legrado uterino, partos prematuros o productos prematuros, partos normales o anormales, así como toda complicación del embarazo y del puerperio que no sea precisamente de las consignadas en el apartado respectivo.

**Capítulo III. Exclusiones**

Esta póliza no cubre los gastos médicos incurridos y por tanto la aseguradora no será responsable del pago de la indemnización señalada, cuando dichos gastos médicos sean consecuencia directa o indirecta, total o parcialmente de alguna de las siguientes situaciones:

Accidentes o enfermedades que se originen por participar en:

1) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, terrorismo, insurrección o revolución.

2) Aviación privada en calidad de piloto, miembro de la tripulación, pasajero o mecánico; fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.

3) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.

4) La práctica profesional de cualquier deporte.

Gastos incurridos a consecuencia de:

5) Enfermedades congénitas, prematurez y malformaciones de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de esta póliza, salvo lo expresamente cubierto en la presente.

6) Se excluyen padecimientos congénitos o prematurez, originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor asegurado.

7) Tratamiento médico o quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus.

8) Cirugía plástica o estética de cualquier tipo.

9) Tratamientos de crecimiento y desarrollo, calvicie, obesidad, esterilidad, infertilidad o reducción de peso y sus complicaciones.

10) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos que requiera el asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, aprendizaje, y terapias de lenguaje.

11) Padecimientos y/o lesiones que resulten del alcoholismo o toxicomanías del asegurado y que lo afecten directa o indirectamente.

12) Adquisición de aparatos auditivos, anillos intracorneales, lentes de contacto y anteojos, salvo lo específicamente amparado en la cobertura de visión.

13) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, cualquiera que sea su naturaleza u origen, excepto aquellos que sean requeridos a consecuencia de un accidente cubierto o lo específicamente amparado en la cobertura dental.

14) Afecciones propias del embarazo, amenaza de aborto, aborto, legrado uterino, partos prematuros o productos prematuros, partos normales o anormales, así como toda complicación del embarazo y del puerperio que no sea precisamente de las consignadas en el apartado respectivo.

15) Gastos prenatales y postnatales, cualquiera que sea su causa.

16) Gigantomastia y sus complicaciones directas o indirectas.

17) Acné, en cualquiera de sus clasificaciones.

18) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad y tratamientos de fertilización, y sus complicaciones.

19) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir como pie plano, valgo y varo.

20) Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como check-up. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en vías de experimentación.

21) Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, vegetarianos y cualquier otra práctica de medicina alternativa, así como tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.

22) Gastos derivados a consecuencia de lesiones o alteraciones originadas por intento de suicidio del asegurado, así como lesiones autoinflingidas o mutilaciones voluntarias que realice el asegurado, aun cuando estas se comentan en estado de enajenación mental.

23) Lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el asegurado, o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.

24) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.

25) Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la estancia de éste en sanatorio u hospital, tales como habitación, alimentos extras o servicios adicionales, excepto la cama extra.

26) Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.

27) Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis que el asegurado ya usaba antes de la fecha de vigencia de esta póliza.

28) Tratamiento de cirugía para optar un cambio de sexo, o para mejorar o restaurar la función sexual ni cualquiera de sus complicaciones.

29) Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura, excepto los ocasionados por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.

30) Cargos por aires acondicionados, humectantes, purificadores de aire, botellas de agua, equipos de hospital o enemas, para el domicilio del asegurado o equipos similares a éstos.

31) Cargos en conexión de los gastos del síndrome cerebral o cargos custoriales resultando en casos de senilidad o deterioro cerebral.

32) Compra o renta de zapatos ortopédicos aunque sean médicamente necesarios.

33) Lesiones resultantes de la terapia de rayos x, radioterapia, radium e isótopos, aplicada sin la disposición o la supervisión médica correspondiente.

34) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.

35) Detección del sida, tampoco se cubrirán los gastos cuando el sida sea adquirido al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa. Ni se cubrirán los gastos cuando se utilicen drogas, medicamentos o tratamientos experimentales.

**Capítulo IV pago de reclamaciones**

Las obligaciones que asume la aseguradora conforme a este contrato, sus cláusulas, coberturas, condiciones y beneficios contenidos en esta póliza, se harán efectivas de acuerdo con lo siguiente:

**Sistema de pago directo. -** Por este sistema la aseguradora liquidará directamente al proveedor de servicios médicos los gastos que procedan por motivo de evento cubierto por la póliza, siempre que se atienda el asegurado con hospital y medico de convenio. Para efectos de este sistema se requiere de la autorización previa y por escrito correspondiente o ser atendido por la red de proveedores de la aseguradora. El pago directo procederá una vez que el asegurado y su médico tratante hayan decidido la necesidad de un internamiento hospitalario ambulatorio o no ambulatorio, estudios auxiliares de diagnóstico y/o los servicios de trasplantes, para lo cual deberán tramitar la autorización con 10 (diez) días de anticipación.

Si procede la petición del asegurado, la aseguradora proporcionará la orden de internamiento al menos cuarenta y ocho (48) horas antes del ingreso programado o la orden de estudios, veinticuatro (24) horas antes del procedimientos o servicio auxiliar de diagnóstico, en la que se indicarán, los montos por deducible y coaseguro (si es que aplican) que deberá cubrir al laboratorio o gabinete, así como el nombre y la dirección del lugar al que deba acudir el asegurado para que le practiquen los estudios que solicita.

En caso de que no se ha seguido el procedimiento anterior por cualquier motivo, se tendrá que presentar una reclamación por el sistema de reembolso.

**Procedimiento en caso de hospitalización no programada. -** Cuando la estancia del asegurado en el hospital sea mayor a veinticuatro (24) horas, la aseguradora recibirá el aviso por parte del hospital o de un familiar del asegurado a través del CAT, una vez que el asegurado se encuentre hospitalizado. El asegurado titular deberá llevar a cabo el siguiente procedimiento:

A) Al llegar al hospital, acudir al departamento de admisión e identificarse con su tarjeta de identificación vigente de asegurado de gastos médicos de la aseguradora, además de una credencial con fotografía.

B) Verificar que el departamento de admisión haya reportado el ingreso a la aseguradora para que éste lo ponga en contacto al asegurado con el médico coordinador de la plaza.

Si procede el internamiento del asegurado, la aseguradora entregará la orden de autorización de internamiento al hospital en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas, ya sea vía fax o bien a través de la visita del médico coordinador de la plaza. En aquellas ocasiones donde existan evidencias de que el asegurado participó en un acto delictivo, se tramitará únicamente por el sistema de pago por reembolso.

**Sistema de pago por reembolso. -** En caso de no haber aplicado el pago directo, la aseguradora reintegrará al asegurado titular, los gastos que procedan, descontando deducible y coaseguro, para lo cual el asegurado enviará la siguiente documentación:

A) Formato aviso de accidente o enfermedad debidamente llenado y firmado por el asegurado titular o su representante.

B) Informe médico e historia clínica llenados por el o los médicos(s) tratante(s).

C) Estudios de laboratorio y/o gabinete que le fueron practicados, cada uno de ellos incluyendo su interpretación o diagnóstico, así como la solicitud del médico tratante.

D) Comprobantes y facturas de los gastos médicos incurridos con características fiscales y a nombre del asegurado titular, tales como; facturas de hospitalización con su desglose, medicamentos desglosados con su receta. Todos los comprobantes deberán ser originales y cumplir con los registros fiscales vigentes

E) Credencial de identificación

F) Si en caso de accidente intervinieron autoridades legales, se deben presentar copias certificadas de la averiguación previa del ministerio público.

**Pago de indemnizaciones.-** El pago procedente se determinará de la siguiente manera: a) se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la póliza, condiciones generales y/o endosos específicos; b) a la cantidad resultante se le descontará primero el deducible, y a la diferencia entre la totalidad de los gastos procedentes menos el deducible, se le aplicará el porcentaje estipulado por concepto de coaseguro, cantidades que quedan a cuenta del asegurado, de acuerdo a los importes y porcentajes establecidos en esta póliza. Si los gastos son originados por un accidente cubierto y sobrepasan el deducible contratado, no se aplicará el coaseguro contratado. Para ser catalogado como accidente, los primeros gastos médicos se deben realizar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente. Transcurrido este periodo se considerará como enfermedad. c) el deducible se aplicará una sola vez para cada evento cubierto. d) los gastos erogados por eventos procedentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, se reembolsarán hasta el agotamiento de la suma asegurada contratada.

Las indemnizaciones que resulten conforme a la presente póliza, serán liquidadas al asegurado en el curso de los quince (15) días naturales siguientes a la fecha en que reciba la aseguradora todas las pruebas de los derechos del reclamante y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios contratados.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, la aseguradora únicamente pagará el importe de la mayor. Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en la tabla de honorarios quirúrgicos. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

La aseguradora no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.

**Aplicación de deducible y coaseguro. -** En toda reclamación inicial que se realice por el sistema de reembolso, de todos o de una parte de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad cubierta, el asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él. El deducible y el coaseguro contratados, se especifican en la presente póliza.

Cuando los gastos erogados por el asegurado sean a consecuencia de un accidente cubierto, se eliminará el pago del deducible y coaseguro, sin importar si el gasto rebasa o no el deducible contratado, siempre que la atención médica se realice dentro de los primeros noventa días de ocurrido el mismo.

Cuando el asegurado se atienda con un hospital y medico de convenio o que el médico no esté en convenio pero que se ajuste al tabulador de la Aseguradora, mediante pago directo, habiendo tramitado su autorización con la aseguradora conforme a lo indicado en la póliza, se elimina el pago del deducible y del coaseguro contratado, quedando a su cargo los gastos personales y los no cubiertos por la misma.

En el caso de presentarse una emergencia médica y en la que el paciente ingrese al hospital por urgencias, si se atiende con médicos del rol de guardias, se elimina el deducible y coaseguro siempre que la suma de los gastos sea superior al deducible y el paciente permanece hospitalizado 24 horas o más.

**Partida número dos. - Seguro de Vida Institucional.**

**Periodo de vigencia de las pólizas**

Las pólizas deberán tener una vigencia de las 12:00 horas del 31 de marzo de 2018 a las 12:00 horas del 31 de marzo de 2019.

**Colectividad asegurada**

Se considera a todo el personal al servicio de EL COLEGIO, cualquiera que sea su sexo, edad u ocupación; sin necesidad de examen médico, a partir de la vigencia de la póliza y, posteriormente, desde la fecha de su ingreso a EL COLEGIO; ya sea que estén activos o gocen de licencias médicas o incapacidad temporal emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social. EL COLEGIO no cuenta con personal jubilado.

La relación de personal al servicio de EL COLEGIO se presenta como anexo número seis de la presente convocatoria.

**Riesgos y sumas aseguradas cubiertas**

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Personal activo o con licencias medicas** |
| Fallecimiento por cualquier causa | 40 meses de percepción ordinaria bruta mensual más la compensación garantizada, en su caso (Mandos medios y superiores). |
| Incapacidad total y permanente | 40 meses de percepción ordinaria bruta mensual más la compensación garantizada, en su caso (Mandos medios y superiores). |

**Condiciones especiales para toda la póliza:**

* Se cubre bajo convenio expreso a los participantes que practiquen la aviación particular cuando sus actividades así lo requieran.
* La suma asegurada será liquidada a los beneficiarios designados en los consentimientos especiales que tiene EL COLEGIO y en caso de no contar con este, se respetarán los que tengan firmados con aseguradora anterior.
* En el caso de que no existiera designación de beneficiarios, la obligación de la aseguradora persistirá con los beneficiarios hasta en tanto la autoridad determine la sucesión del trabajador.
* Se elimina la cláusula de enfermedades preexistentes del beneficio de invalidez total y permanente.
* Para efectos del siniestro de incapacidad total y permanente, se considerará como fecha del siniestro la fecha en que emita el instituto mexicano del seguro social la constancia de incapacidad total y permanente. al trabajador que le expida su constancia el instituto mexicano del seguro social no se le opondrá ninguna exclusión para el pago, independientemente de las causas que originaron dicha incapacidad, por lo que en este acto, la aseguradora renuncia a cualquier exclusión que se oponga al pago de esta cobertura.
* La suma asegurada deberá ser la solicitada a cada persona sin que exista restricción en ese sentido, por lo que no se aceptarán exámenes médicos a ningún integrante del grupo.
* Se conviene en reconocer la antigüedad generada con otra(s) aseguradora(s) para el grupo.
* La presente póliza no estará sujeta a restricción alguna, ya sea en atención a la residencia, a la ocupación, a los viajes y en general, al género de vida de los asegurados.

**Definiciones:**

Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar su trabajo habitual, de una manera total y permanente u otro compatible con actitudes, conocimientos y su posición social, así mismo se considera como tal, la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de este beneficio se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. Se excluye de este beneficio la derivada de:

A) Lesiones originadas por accidentes ocurridos por culpa grave del asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado,

B) Lesiones que el asegurado se ocasione intencionalmente o como resultado de un intento de suicidio.

**Administración de la póliza:**

La póliza será auto-administrada, por lo que EL COLEGIO no reportará altas y bajas durante el periodo de vigencia, comprometiéndose la aseguradora a asegurar a todo el personal en activo. Al término de la vigencia, se efectuará un ajuste por altas y bajas, utilizando la siguiente fórmula;

AN = CP X (SAF-SAI) X 0.5

Dónde:

AN = Ajuste anual

CP = Cuota promedio del grupo

SAI = Suma asegurada global inicial

SAF = Suma asegurada global final

**Separación de la colectividad**

Los asegurados que causen baja de la institución tendrán derecho a adquirir su seguro individual, sí así lo solicitan dentro de los siguientes 30 días, sin hacer examen médico y considerando su suma asegurada básica, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere la aseguradora, con excepción del seguro temporal y sin incluir el beneficio de incapacidad total y permanente. La suma asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor al momento de la separación.

**Pago de suma asegurada**

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado, la aseguradora pagará a los beneficiarios designados, el monto de la suma asegurada que corresponda dentro de los treinta días naturales siguientes a aquél en que se acredite la ocurrencia del siniestro. Para tal efecto, el o los beneficiarios deberán entregar la documentación siguiente:

A) Solicitud de pago del o de los beneficiarios

B) Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado

C) Designación de beneficiarios original firmada

D) Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado y beneficiarios

E) Copia certificada del acta de defunción del asegurado

F) Comprobante de domicilio del o de los beneficiarios

G) Comprobante del último pago de sueldo del asegurado

H) Constancia de baja del servicio activo del asegurado, expedida por “EL COLEGIO”

I) Identificación oficial vigente con fotografía y firma del o de los beneficiarios

J) En caso de muerte violenta, copia certificada de las actuaciones del ministerio público.

 K) Formatos de la aseguradora llenados y firmados

L) Si el (los) beneficiario(s) es (son) ascendiente(s) o descendiente(s) en línea recta del asegurado, encontrándose en el supuesto de exención del impuesto sobre la renta mencionado en el artículo 167, fracción xvi de la ley del impuesto sobre la renta y desea ejercer tal derecho, se requiere presentar en original o copia certificada la documentación que permita acreditar dicho supuesto, tal como; actas de nacimiento, de matrimonio actualizada, de reconocimiento, adopción o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial.

Para el pago de la suma asegurada por incapacidad total y permanente del asegurado, se deberá entregar la documentación siguiente:

A) Solicitud de pago del asegurado

B) Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado

C) Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado

D) Comprobante de domicilio del asegurado

E) Comprobante del último pago de sueldo del asegurado

F) Constancia del dictamen de incapacidad total y permanente, expedida por instituto mexicano del seguro social.

G) Comprobante del último pago de sueldo que hubiere percibido el asegurado.

H) Constancia de baja expedida por “EL COLEGIO”

**Anticipo de suma asegurada por gastos funerarios**

En caso de solicitarse la aseguradora pagará por una sola vez a la(s) persona(s) que tenga(n) el carácter de beneficiario(s) de acuerdo a la última designación que firmara el asegurado, hasta la cantidad de 30% como anticipo a cuenta de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento, dentro de las veinticuatro horas siguientes a la presentación de la documentación que se cita a continuación:

A) Solicitud de pago;

A) Certificado de defunción o copia certificada por el registro civil del acta de defunción del asegurado

B) Identificación oficial vigente con fotografía y firma del (los) beneficiario(s) y del asegurado,

C) Copia del último talón de pago o constancia de percepciones y deducciones del asegurado a la fecha del fallecimiento.

La documentación mencionada anteriormente será independiente a aquélla que se requiera para la reclamación de la suma asegurada total que corresponda.

El pago de anticipo de suma asegurada por gastos funerarios, se otorgará por una sola vez, si son varios los beneficiarios que reclaman el pago de este anticipo se cubrirá, en la misma proporción en que hubiere sido determinada en la designación de beneficiarios formulada por el asegurado a la(s) persona(s) que tenga(n) el carácter de beneficiaria(s). El pago de anticipo efectuado reduce proporcionalmente el de la suma asegurada por fallecimiento de la póliza y consecuentemente, la parte proporcional que de aquélla correspondiere, al (los) beneficiario(s) que reclame(n) el presente beneficio.

**Cláusulas especiales para toda la partida:**

**Cláusula de prelación.-** Los licitantes deberán elaborar su propuesta técnica considerando la totalidad del anexo técnico de las bases concúrsales. El licitante que resulte adjudicado podrá anexar a la póliza emitida, sus condiciones generales, teniendo prelación sobre las mismas, las condiciones particulares, la convocatoria y las aclaraciones que resulten de la(s) junta(s) de aclaración(es) correspondiente a la presente licitación pública.

**Indemnización por mora.-** En caso de que no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario, o tercero dañado una indemnización por mora calculada, conforme al artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

**Reportes de siniestralidad. -** La aseguradora adjudicada se compromete a proporcionar un reporte de siniestralidad en forma trimestral dentro de los 10 días siguientes al fin del trimestre a reportar o cuando se le solicite conforme a las necesidades de EL COLEGIO.

**Definiciones**

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

**Accidente. -** Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el asegurado.

**Asegurado. -** Es aquella persona física que se encuentra cubierta por la presente póliza.

**Aseguradora. -** Es el licitante adjudicado que otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los beneficios estipulados en la póliza.

**Beneficio. -** Es la indemnización a la que tiene derecho el asegurado o beneficiario, en caso de ser procedente el siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente póliza.

**Beneficiario. -** Es la persona o las personas designadas en la póliza, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento, aunque siempre debe existir un interés asegurable.

**Colectividad asegurada. -** Cualquier agrupación de personas de carácter heterogéneo, que tengan un vínculo económico, social o de actividad recreativa, que son asegurables mediante esta póliza.

**Endoso. -** Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la póliza.

**Exclusiones. -** Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la póliza, y que se encuentran expresamente indicadas en la misma.

**Invalidez total y permanente.-** La pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar su trabajo habitual, de una manera total y permanente u otro compatible con actitudes, conocimientos y su posición social, así mismo se considera como tal, la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de este beneficio se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. Se excluye de este beneficio la derivada de:

A) Lesiones originadas por accidentes ocurridos por culpa grave del asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado,

B) Lesiones que el asegurado se ocasione intencionalmente o como resultado de un intento de suicidio.

C) Acto criminal en el que resulte responsable el asegurado.

**Padecimientos preexistentes. -** Se entenderá por padecimientos preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

A) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del asegurado dentro de la póliza.

B) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del asegurado bajo la póliza.

C) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza. El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del contrato.

**Prima. -** Es el valor determinado por la aseguradora, que “EL COLEGIO” deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

**Suma asegurada. -** Es la cantidad máxima establecida en la póliza, por la que tendrá responsabilidad la aseguradora, en caso de proceder el siniestro.

**Terrorismo.-** Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a influenciar o presionar al gobierno para que tome una determinación, o tratar de menoscabar la autoridad del estado; ocasionando lesiones o la muerte de una o varias personas.

**Vigencia. -** Es la duración de la póliza.

**Fin de texto**

**Anexo Número Dos**

Relación de Documentos Requeridos para Participar en la Licitación

 Licitación N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

San Luis Potosí, S.L.P., a\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.

Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de Documento | Nombre | Solicitado en el numeral |
| 1.-2.-3.- Etc. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Entrega por el licitante (persona acreditada)Nombre y firma | Recibe por EL COLEGIONombre y firma |

**Anexo Número Tres**

Formato: Proposición Económica.

Papel membretado

Proposición Económica

Procedimiento de Contratación Licitación Pública Nacional Presencial No. LA-03891K999-E13-2018.

Fecha

Nombre de la persona física o moral licitante

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partida** | **Descripción sintetizada de las pólizas** | **Cantidad** | **Unidad de medida** | **Suma de Precios unitarios** | **Total** |
| 1.- |  |  | Pólizas |  |  |
| 2.- |  |  | Pólizas |  |  |
| SubtotalIVA Total |  |
|  |
|  |
| Importes con letra: Subtotal.IVA. Total. |
| Condiciones de pago: Moneda en que se cotiza: Condiciones del precio: Vigencia de la propuesta:Tiempo de entrega de las pólizas: Lugar de entrega de las pólizas: |
| Nombre y firma de la persona facultada para suscribir la propuesta |

**Anexo Número Cuatro**

Relación de personal de mandos medios y superiores.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATEGORÍA** | **R.F.C.** | **F. DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)** | **SUMA ASEGURADA BÁSICA** | **NIVEL DE ESTRUCTURA** | **GÉNERO** |
| TITULAR | **VASD721229 E22** | 29/12/1972 | 222 | **Director General Adjunto** | M |
| HIJA |   | 21/04/2007 | 222 |   | F |
| HIJA | 21/04/2007 | 222 | F |
| HIJO | 01/02/2012 | 222 | M |
|   |
| TITULAR | **DAHJ510113G61** | 13/01/1951 | 185 | **Director de Área** | M |
|   |
| TITULAR | **CAVC750227ST8** | 27/02/1975 | 185 | **Director de Área** | F |
|   |
| TITULAR | **GAVR7203117K6** | 11/03/1972 | 185 | **Director de Área** | F |
| CÓNYUGE |   | 26/03/1969 | 185 |   | M |
| HIJA |   | 10/05/2002 | 185 |   | F |
| HIJO |   | 09/12/2006 | 185 |   | M |
|   |   |   |   |   |   |
| TITULAR | **MAMM680212NZ3** | 12/02/1968 | 148 | **Subdirector** | F |
| CÓNYUGE |   | 12/02/1967 | 148 |   | M |
| HIJA | 08/05/1999 | 148 | F |
| HIJA | 27/11/2001 | 148 | F |
| HIJA | 13/12/2006 | 148 | F |
|   |
| TITULAR | **GAGN6804151Z3** | 15/04/1968 | 148 | **Subdirector** | F |
| HIJO |   | 08/09/1993 | 148 |   | M |
| HIJA | 09/08/1999 | 148 | F |
|   |
| TITULAR | **TAME740220SS1** | 20/02/1974 | 148 | **Subdirector** | M |
| CÓNYUGE |   | 03/08/1968 | 148 |   | F |
| HIJO | 24/05/2001 | 148 | M |
| HIJA | 06/07/2003 | 148 | F |
|   |
| TITULAR | **SARL7005089L1** | 08/05/1970 | 111 | **Jefe de Departamento** | F |
| HIJA |   | 14/06/2000 | 111 |   | F |
| HIJO | 31/07/2001 | 111 | M |
|   |
| TITULAR | **SOCA690418AT2** | 18/04/1969 | 111 | **Jefe de Departamento** | M |
| HIJO |   | 03/09/2000 | 111 |   | M |
| HIJA | 06/02/2004 | 111 | F |
|   |
| TITULAR | **RAQB721023THA** | 23/10/1972 | 111 | **Jefe de Departamento** | F |
| CÓNYUGE |   | 03/12/1977 | 111 |   | M |
| HIJO | 13/10/2003 | 111 | M |
| HIJA | 06/12/2008 | 111 | F |
|   |
| TITULAR | **GOML701215RU8** | 15/12/1970 | 111 | **Jefe de Departamento** | F |
|   |
| TITULAR | **HEPJ590429HD4** | 29/04/1959 | 111 | **Jefe de Departamento** | M |
| CÓNYUGE |   | 23/08/1957 | 111 |   | F |

**Anexo Número Cinco**

Relación de personal científico, tecnológico, administrativo y de apoyo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **R.F.C.** | **F. DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)** | **SUMA ASEGURADA BÁSICA** | **GÉNERO** |
| CAUT550108JT9 | 08/01/1955 | 600SMGM | M |
| MOCI551217IN9 | 17/12/1955 | 600SMGM | F |
| CAMA6704216F0 | 21/04/1967 | 600SMGM | F |
| CUCV6105215D6 | 21/05/1961 | 600SMGM | F |
| MAZJ550124G5A | 24/01/1955 | 600SMGM | M |
| MOLI5412289Q5 | 28/12/1954 | 600SMGM | F |
| GARM670908LN5 | 08/09/1967 | 600SMGM | M |
| AAEF631209SG8 | 09/12/1963 | 600SMGM | M |
| CAGS701231PJ9 | 31/12/1970 | 600SMGM | M |
| QUTT660528PS9 | 28/05/1966 | 600SMGM | F |
| RIVA590611BU9 | 11/06/1959 | 600SMGM | M |
| CALL540615DY4 | 15/06/1954 | 600SMGM | F |
| BERI480806BR7 | 06/08/1948 | 600SMGM | M |
| GAMP540918EN3 | 18/09/1954 | 600SMGM | M |
| CAAH630823G31 | 23/08/1963 | 600SMGM | F |
| MICB711205BP7 | 05/12/1971 | 600SMGM | F |
| AUOA690331CJ8 | 31/03/1969 | 600SMGM | M |
| COGC621113251 | 13/11/1962 | 600SMGM | F |
| MABJ63010217A | 02/01/1963 | 600SMGM | M |
| CAMH720105247 | 05/01/1972 | 600SMGM | F |
| ZAJX640403RZ4 | 03/04/1964 | 600SMGM | M |
| RASA660925GZ1 | 25/09/1966 | 600SMGM | M |
| PEFR5707222Z9 | 22/07/1957 | 600SMGM | M |
| GURA560329V29 | 29/031956 | 600SMGM | F |
| LOPO581109P59 | 09/11/1958 | 600SMGM | F |
| COBA750714B98 | 14/07/1975 | 600SMGM | F |
| CAPL751013E13 | 13/10/1975 | 600SMGM | M |
| RUMC660929RF5 | 29/09/1966 | 600SMGM | M |
| RUGJ6312098E0 | 09/12/1963 | 600SMGM | M |
| COMJ630601898 | 01/06/1963 | 600SMGM | M |
| RISM730323385 | 23/03/1973 | 600SMGM | F |
| SALG680514PGA | 14/05/1968 | 600SMGM | M |
| SECE690114Q21 | 14/01/1969 | 600SMGM | F |
| FASH571108UT8 | 08/11/1957 | 600SMGM | F |
| GUCM6806293B3 | 29/06/1968 | 600SMGM | M |
| AASN650828QA5 | 28/08/1965 | 600SMGM | F |
| BOGH7307035F4 | 03/07/1973 | 600SMGM | M |
| ZAGM630425GE7 | 25/04/1963 | 600SMGM | F |
| RUOP750831LQ4 | 31/08/1975 | 600SMGM | M |
| AIMA5104089J7 | 08/04/19651 | 600SMGM | M |
| LUHM820208SF8 | 08/02/1982 | 600SMGM | F |
| RAMF710914JI7 | 14/09/1971 | 600SMGM | M |
| GUAA631031UW3 | 31/10/1963 | 600SMGM | M |
| COAJ781203SC9 | 03/12/1978 | 600SMGM | M |
| MAGD710412SA8 | 12/04/1971 | 600SMGM | M |
| MEMF570207AZ0 | 07/02/1957 | 600SMGM | F |
| KIOL690916RX9 | 16/09/1969 | 600SMGM | F |
| CAVA660202DG3 | 02/02/1966 | 600SMGM | M |
| HESA740720UQ9 | 20/07/1974 | 600SMGM | M |
| HESC740307LG3 | 07/03/1974 | 600SMGM | F |
| ROVC650717551 | 17/07/1965 | 600SMGM | F |
| CUMH690808DG4 | 08/08/1969 | 600SMGM | M |
| CAGM751102KL4 | 02/11/1975 | 600SMGM | M |
| LOAB8012294F7 | 29/12/1980 | 600SMGM | F |
| ROGY690312HT5 | 12/03/1969 | 600SMGM | F |
| LOTN751110LYA | 10/11/1975 | 600SMGM | F |
| CAEM811107484 | 07/11/1981 | 600SMGM | F |
| RACI7405098P1 | 01/05/1974 | 600SMGM | M |
| LOBF621215SD7 | 15/12/1962 | 600SMGM | M |
| MEAL550807SR0 | 07/08/1955 | 600SMGM | F |
| MEMG740408LQ9 | 08/04/1974 | 600SMGM | F |
| NUOC7303284H6 | 08/03/1973 | 600SMGM | M |
| ZAEE720205FZ1 | 05/02/1972 | 600SMGM | M |
| SAAM7903076W8 | 07/03/1979 | 600SMGM | F |
| RABD750707V32 | 07/07/1975 | 600SMGM | F |
| ROTJ730516UQ8 | 16/05/1973 | 600SMGM | M |
| DAAJ750312B46 | 12/03/1975 | 600SMGM | M |
| LIMN770224446 | 24/02/1977 | 600SMGM | F |
| TEMI760906UW3 | 06/09/1976 | 600SMGM | M |
| TUGA731128LJ6 | 28/11/1973 | 600SMGM | F |
| GAMP750925286 | 25/09/1975 | 600SMGM | M |
| MOPO840121KM3 | 21/01/1984 | 600SMGM | M |
| MAZM720322783 | 02/03/1972 | 600SMGM | F |
| MACD8309147L0 | 14/09/1983 | 600SMGM | F |
| ROGF731007D55 | 07/10/1973 | 600SMGM | F |
| ROPS721214BD1 | 14/12/1972 | 600SMGM | M |
| MERL700623D44 | 23/06/1970 | 600SMGM | F |
| LAMR5809058S8 | 05/09/1958 | 600SMGM | M |
| ZAGL650730JW6 | 30/07/1965 | 600SMGM | F |
| VALN7312064Y1 | 06/12/1973 | 600SMGM | F |
| CAHJ760308G31 | 08/03/1976 | 600SMGM | M |
| LOMS7702200FJ2 | 20/02/1977 | 600SMGM | F |
| SUBB560423D75 | 23/04/1956 | 600SMGM | F |
| CAMS800126JT8 | 26/01/1980 | 600SMGM | F |
| ZAEB620518EP6 | 18/05/1962 | 600SMGM | F |
| JUCL720803HK8 | 03/08/1972 | 600SMGM | F |
| GAPJ851210GH1 | 10/12/1985 | 600SMGM | F |
| ROMJ630410J48 | 10/04/1963 | 600SMGM | M |
| CIMI750625SUA | 25/06/1975 | 600SMGM | F |
| AACM890715NV0 | 15/07/1989 | 600SMGM | F |
| OEPJ8812022Y2 | 02/12/1988 | 600SMGM | F |

**Anexo número Seis.**

Relación de personal al servicio de EL COLEGIO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **R.F.C.** | **SALARIO MENSUAL** | **GÉNERO** |
| VASD-721229-E22 | 102,387.60 | M |
| CAVC-750227-ST8 | 51,924.00 | F |
| DAHJ-510113-G61 | 51,924.00 | M |
| GAVR-720311-7K6 | 51,924.00 | F |
| MAMM-680212-NZ3 | 30,138.00 | F |
| GAGN-680415-1Z3 | 30,138.00 | F |
| TAME-740220-SS1 | 30,138.00 | M |
| RAQB-721023-THA | 23,762.40 | F |
| GOML-701215-RU8 | 23,762.40 | F |
| SARL-700508-9L1 | 23,762.40 | F |
| SOCA-690418-AT2 | 23,762.40 | M |
| HEPJ-590429-HD4 | 20,632.20 | M |
| CAUT-550108-JT9 | 34,906.50 | M |
| MOCI-551217-IN9 | 34,906.50 | F |
| GARM-670908-LN5 | 34,906.50 | M |
| AAEF-631209-SG8 | 34,906.50 | M |
| ZAJX-640403-RZ4 | 34,906.50 | M |
| PEFR-570722-2Z9 | 34,906.50 | M |
| LOPO-581109-P59 | 34,906.50 | F |
| RUMC-660929-RF5 | 34,906.50 | M |
| AASN-650828-QA5 | 34,906.50 | F |
| LOBF-621215-SD7 | 34,906.50 | M |
| COMJ-630601-898 | 33,471.30 | M |
| SALG-680514-PGA | 33,471.30 | M |
| SECE-690114-Q21 | 33,471.30 | F |
| GUAA-631031-UW3 | 33,471.30 | M |
| RUGJ-631209-8E0 | 33,471.30 | M |
| RASA-660925-GZ1 | 33,471.30 | M |
| AUOA-690331-CJ8 | 33,471.30 | M |
| CAGS-701231-PJ9 | 33,471.30 | M |
| MAZJ-550124-G5A | 33,471.30 | M |
| MOLI-541228-9Q5 | 33,471.30 | F |
| CALL-540615-DY4 | 33,471.30 | F |
| BERI-480806-BR7 | 32,037.60 | M |
| RIVA-590611-BU9 | 32,037.60 | M |
| COGC-621113-251 | 32,037.60 | F |
| AIMA-510408-9J7 | 32,037.60 | M |
| COAJ-781203-SC9 | 32,037.60 | M |
| MAGD-710412-SA8 | 32,037.60 | M |
| KIOL-690916-RX9 | 32,037.60 | F |
| CAVA-660202-DG3 | 32,037.60 | M |
| CUMH-690808-DG4 | 32,037.60 | M |
| FASH-571108-UT8 | 32,037.60 | F |
| BOGH-730703-5F4 | 32,037.60 | M |
| ZAGM-630425-GE7 | 32,037.60 | F |
| GUCM-680629-3B3 | 32,037.60 | M |
| HESA-740720-UQ9 | 32,037.60 | M |
| CAGM-751102-KL4 | 32,037.60 | M |
| RACI-740509-8P1 | 32,037.00 | M |
| ROGY-690312-HT5 | 29,168.40 | F |
| HESC-740307-LG3 | 29,168.40 | F |
| RUOP-750831-LQ4 | 29,168.40 | M |
| RAMF-710914-JI7 | 29,168.40 | M |
| COBA-750714-B98 | 29,168.40 | F |
| GURA-560329-V29 | 29,168.40 | F |
| CAAH-630823-G31 | 29,168.40 | F |
| QUTT-660528-PS9 | 29,168.40 | F |
| CAEM-811107-484 | 25,821.30 | F |
| LOAB-801229-4F7 | 25,821.00 | F |
| LOTN-751110-LYA | 24,673.50 | F |
| ROVC-650717-551 | 24,673.50 | F |
| MEMF-570207-AZ0 | 24,673.50 | F |
| NUOC-730328-4H6 | 23,621.70 | M |
| ROTJ-730516-UQ8 | 22,569.30 | M |
| CAMA-670421-6F0 | 22,569.30 | F |
| CUCV-610521-5D6 | 22,569.30 | F |
| DAAJ-750312-B46 | 21,183.00 | M |
| VALN-731206-4Y1 | 16,800.90 | F |
| MERL-700623-D44 | 16,001.70 | F |
| MOPO-840121-KM3 | 16,000.80 | M |
| SUBB-560423-D75 | 16,000.80 | F |
| JUCL-720803-HK8 | 16,000.80 | F |
| RISM-730323-385 | 15,975.90 | F |
| MICB-711205-BP7 | 15,975.90 | F |
| GAMP-540918-EN3 | 15,975.90 | M |
| CAMH-720105-247 | 15,975.60 | F |
| RABD-750707-V32 | 15,224.70 | F |
| ZAGL-650730-JW6 | 15,224.40 | F |
| CIMI-750625-SUA | 14,522.40 | F |
| MAZM-720322-783 | 14,470.20 | F |
| ZAEE-720205-FZ1 | 14,470.20 | M |
| LIMN-770224-446 | 14,470.20 | F |
| TEMI-760906-UW3 | 14,470.20 | M |
| CAHJ-760308-G31 | 14,470.20 | M |
| CAPL-751013-E13 | 14,255.70 | M |
| OEPJ-881202-2Y2 | 11,204.40 | F |
| ZAEB-620518-EP6 | 10,388.40 | F |
| ROGF-731007-D55 | 10,388.40 | F |
| CAMS-800126-JT8 | 10,388.40 | F |
| MABJ-630102-17A | 10,247.70 | M |
| LUHM-820208-SF8 | 10,247.40 | F |
| MEAL-550807-SR0 | 9,778.80 | F |
| ROPS-721214-BD1 | 8,628.30 | M |
| LAMR-580905-8S8 | 8,628.30 | M |
| MEMG-740408-LQ9 | 8,628.30 | F |
| LOMS-770220-FJ2 | 8,628.30 | F |
| TUGA-731128-LJ6 | 8,628.30 | F |
| GAPJ-851210-GH1 | 8,083.80 | F |
| MACD-830914-7L0 | 8,083.50 | F |
| GAMP-750925-286 | 8,083.50 | M |
| SAAM-790307-6W8 | 8,083.50 | F |
| AACM-890715-NV0 | 7,729.80 | F |
| ROMJ-630410-J48 | 7,729.80 | M |
| AAGR-720921-T54 | 23052.3 | M |
| LUTS-790831-8V7 | 11664 | F |
| GOOS-910426-MJ7 | 10388.1 | F |
| JUPW-910318-TN3 | 10010.7 | M |
| CAMA-810901-HU0 | 9192.3 | F |
| ROCI-870526-E6A | 7729.8 | F |
| JAGA-861223-DZ9 | 7057.5 | F |
| RACA-930210-L1A | 7057.2 | F |
| CUML-811003-8F0 | 7057.2 | F |

NOTA INFORMATIVA PARA PARTICIPANTES DE PAÍSES MIEMBROS DE LA ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE).

El compromiso de México en el combate a la corrupción ha trascendido nuestras fronteras y el ámbito de acción del gobierno federal. En el plano internacional y como miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y firmante de la Convención para combatir el cohecho de servidores públicos extranjeros en transacciones comerciales internacionales, hemos adquirido responsabilidades que involucran a los sectores público y privado.

Esta Convención busca establecer medidas para prevenir y penalizar a las personas y a las empresas que prometan o den gratificaciones a funcionarios públicos extranjeros que participan en transacciones comerciales internacionales. Su objetivo es eliminar la competencia desleal y crear igualdad de oportunidades para las empresas que compiten por las contrataciones gubernamentales.

La OCDE ha establecido mecanismos muy claros para que los países firmantes de la Convención cumplan con las recomendaciones emitidas por ésta y en el caso de México, iniciará en noviembre de 2003 una segunda fase de evaluación –la primera ya fue aprobada- en donde un grupo de expertos verificará entre otros:

* La compatibilidad de nuestro marco jurídico con las disposiciones de la Convención
* El conocimiento que tengan los sectores público y privado de las recomendaciones de la convención

El resultado de esta evaluación impactará el grado de inversión otorgado a México por las agencias calificadoras y la atracción de inversión extranjera.

Las responsabilidades del sector público se centran en:

* Profundizar las reformas legales que inició en 1999.
* Difundir las recomendaciones de la Convención y las obligaciones de cada uno de los actores comprometidos en su cumplimiento.
* Presentar casos de cohecho en proceso y concluidos (incluyendo aquellos relacionados con el lavado de dinero y extradición).

 Las responsabilidades del sector privado se contemplan:

* Las empresas adoptar esquemas preventivos como el establecimiento de códigos de conducta, de mejores prácticas corporativas (controles internos, monitoreo, información financiera pública, auditorías externas) y de mecanismos que prevengan el ofrecimiento y otorgamiento de recursos o bienes a servidores públicos, para obtener beneficios particulares o para la empresa.
* Los contadores públicos: realizan auditorias, no encubrir actividades ilícitas (doble contabilidad y transacciones indebidas, como asientos contables falsificados, informes financieros fraudulentos, transferencias sin autorización, acceso a los activos sin consentimiento de la gerencia); utilizar registros contables precisos; informar a los directivos sobre conductas ilegales.
* Los abogados: promover el cumplimiento y revisión de la convención (imprimir el carácter vinculatorio entre ésta y la legislación nacional); impulsar los esquemas preventivos que deben adoptar las empresas.

Las sanciones impuestas a las personas físicas o morales (privados) y a los servidores públicos que incumplan las recomendaciones de la Convención, implican entre otras, privación de la libertad, extradición, decomiso y/o embargo de dinero o bienes.

Así mismo, es importante reconocer que el pago realizado a servidores públicos extranjeros es perseguido y castigado independientemente de que el funcionario sea acusado o no. Las investigaciones pueden iniciarse por denuncia, pero también por otros medios, como la revisión de la situación patrimonial de los servidores públicos o la identificación de transacciones ilícitas, en el caso de las empresas.

El culpable puede ser perseguido en cualquier país firmante de la Convención, independientemente del lugar donde el acto de cohecho haya sido cometido.

En la medida que éstos lineamientos sean conocidos por las empresas y los servidores públicos del país, estaremos contribuyendo a construir estructuras preventivas que impidan el incumplimiento de las recomendaciones de la convención y por tanto la comisión de actos de corrupción.

Por otra parte, es de señalar que el Código Penal Federal sanciona el cohecho en los siguientes términos:

“Artículo 222”

Cometen el delito de cohecho:

I. El servidor público que por sí, o por interpósita persona solicite o reciba indebidamente para sí o para otro, dinero o cualquiera otra dádiva, o acepte una promesa, para hacer o dejar de hacer algo justo o injusto relacionado con sus funciones,

 II. El que de manera espontánea dé u ofrezca dinero o cualquier otra dádiva a alguna de las personas que se mencionan en la fracción anterior, para que cualquier servidor público haga u omita un acto justo o injusto relacionado con sus funciones.

Al que comete el delito de cohecho se le impondrán las siguientes sanciones:

Cuando la cantidad o el valor de la dádiva o promesa no exceda del equivalente de quinientas veces el salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal en el momento de cometerse el delito, o no sea valuable, se impondrán de tres meses a dos años de prisión, multa de treinta a trescientas veces el salario mínimo vigente en el Distrito Federal en el momento de cometerse el delito y destitución e inhabilitación de tres meses a dos años para desempeñar otro empleo, cargo o comisión públicos.

Cuando la cantidad o el valor de la dádiva, promesa o prestación exceda de quinientas veces el salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal en el momento de cometerse el delito, se impondrán de dos años a catorce años de prisión, multa de trescientas a quinientas veces el salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal en el momento de cometerse el delito y destitución e inhabilitación de dos años a catorce años para desempeñar otro empleo, cargo o comisión públicos.

En ningún caso se devolverá a los responsables del delito de cohecho, el dinero o dádivas entregadas, las mismas se aplicarán a favor del estado.

 Capitulo XI

Cohecho a servidores públicos extranjeros.

Artículo 222 bis

Se impondrán las penas previstas en el Artículo anterior al que con propósito de obtener o retener para sí o para otra persona ventajas indebidas en el desarrollo o conducción de transacciones comerciales internacionales, ofrezca, prometa o dé, por sí o por interpósita persona, dinero o cualquiera otra dádiva, ya sea en bienes o servicios:

I. A un servidor público extranjero para que gestione o se abstenga de gestionar la tramitación o resolución de asuntos relacionados con las funciones inherentes a su empleo, cargo o comisión, o

II. A un servidor público extranjero para llevar a cabo la tramitación o resolución de cualquier asunto que se encuentre fuera del ámbito de las funciones inherentes as empleo, cargo o comisión, o

1. A cualquier persona para que acuda ante un servidor público extranjero y la requiera o le proponga llevar a cabo la tramitación o resolución de cualquier asunto relacionado con las funciones inherentes al empleo, cargo o comisión de éste último.

Para los efectos de este Artículo se entiende por servidor público extranjero, toda persona que ostente u ocupe un cargo público considerado así por la ley respectiva, en los órganos legislativo, ejecutivo o judicial de un estado extranjero, incluyendo las agencias o empresas autónomas, independientes o de participación estatal, en cualquier orden o nivel de gobierno, así como cualquier organismo u organización pública internacionales.

Cuando alguno de los delitos comprendidos en este Artículo se cometa en los supuestos a que se refiere el Artículo II de éste Código, el juez impondrá a la persona moral hasta quinientos días de multa y podrá decretar su suspensión o disolución, tomando en consideración el grado de conocimiento de los órganos de administración respecto del cohecho en la transacción internacional y el daño causado o el beneficio obtenido por la persona moral.