

INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA

**SERVICIO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS
ARTES Y LITERATURA**

**LICITACIÓN PÚBLICA DE CARÁCTER NACIONAL ELECTRÓNICA
No. LA-048E00995-E34-2018**

Glosario de términos

Adicionalmente a las definiciones señaladas en el artículo 2 de “LAASSP” y 2 de su “RLAASSP”, para efectos de esta Convocatoria se entenderá por:

Área solicitante y/o técnica: Es la que de acuerdo a sus necesidades solicite o requiera la adquisición o arrendamiento de bienes o la contratación de un servicio.

Caso fortuito: Aquel evento que no pudo ser previsto y no pudo ser evitado.

Contrato o Pedido: El acuerdo de voluntades para crear o transferir derechos y obligaciones, y a través del cual se formaliza la adquisición o arrendamiento de bienes muebles o la prestación de servicios.

CompraNet 5.0: Sistema electrónico de información pública gubernamental sobre adquisiciones, arrendamientos, servicios, obras públicas y servicios relacionados con las mismas.

Convocatoria: Documento que establece las bases en que se desarrolla el procedimiento y en las cuales se describen los requisitos de participación.

Deducciones: Son aquellas que se derivan del incumplimiento parcial o deficiente en que pudiera incurrir el proveedor respecto a las partidas o conceptos que integran el contrato.

Fuerza mayor: Acontecimiento inesperado y violento, ajeno a la voluntad humana y que por tanto no puede preverse ni evitar sus consecuencias.

Licitante: La persona que participe en el procedimiento de Licitación Pública o bien de Invitación a Cuando Menos Tres Personas.

Observador: Persona que asista a cualquiera de los actos del procedimiento, bajo la condición de registrar su asistencia y abstenerse de intervenir en cualquier forma en los mismos.

Penas convencionales: Son aquellas que se derivan por atraso en el cumplimiento de las fechas pactadas para la entrega de los bienes o prestación de los servicios, misma que no excederá del monto de la garantía del contrato, y será determinada en función de los bienes no entregados oportunamente o prestación de los servicios.

POBALINES: Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura.

Precios fijos: Se entiende por precios fijos los que no están sujetos a ninguna variación y se mantienen así desde el momento de la presentación y apertura de las proposiciones hasta la entrega y facturación correspondiente de los bienes y servicios.

Proveedor: La persona física o moral que celebre contratos o pedidos con “EL INBA” como resultado del presente procedimiento.

Sobre cerrado: Cualquier medio que contenga la proposición, cuyo contenido puede ser consultado hasta el inicio del Acto de Presentación y Apertura de Proposiciones, en términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Acrónimos

DRM: Dirección de Recursos Materiales

IVA: Impuesto al Valor Agregado.

“EL INBA”: El Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura.

“LAASSP”: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

OIC: Órgano Interno de Control en el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura.

“RLAASSP”: Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

C O N V O C A T O R I A

El Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura, a quien en lo sucesivo se le denominará EL INBA, en cumplimiento a las disposiciones que establece el Artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y el Título Segundo “De los Procedimientos de Contratación”, Capítulo Primero “Generalidades”, Capítulo Segundo “De la Licitación Pública” y los Artículos 25, 26 Fracción I, 26 Bis Fracción II, 27, 28 Fracción I, 29, 30, 33, 33 Bis, 34, 35, 36, 36 Bis Fracción I, 37, 37 Bis, 38, 45 y 47 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, en lo sucesivo la “LAASSP”; y los correlativos de su Reglamento en lo sucesivo “RLAASSP”; y demás disposiciones relativas vigentes aplicables en la materia, EL INBA, a través de la Dirección de Recursos Materiales dependiente de la Subdirección General de Administración, ubicada en Avenida Juárez Número 101, Piso 17, Colonia Centro Histórico, C.P. 06040, Delegación Cuauhtémoc, en la Ciudad de México, con teléfono 10-00-46-22 ext. 1630, convoca a los interesados que no se encuentren en alguno de los supuestos que se establecen en los Artículos 50 y 60 de la “LAASSP”, a participar en la Licitación Pública de Carácter Nacional Electrónica Número **LA-048E00995-E34-2018** para el “**Servicio de gastos médicos mayores para el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura**”.

Ninguna de las condiciones contenidas en la presente Convocatoria, así como en las proposiciones presentadas por los licitantes podrán ser negociadas.

1. DATOS GENERALES DE LA LICITACIÓN

1.1 Medio que utilizará la Licitación y carácter de la misma

Con fundamento en lo que establece el Artículo 26 Bis Fracción II de la “LAASSP”, la presente licitación será electrónica, por lo cual los licitantes podrán participar en forma electrónica, es decir que únicamente presentaran sus proposiciones a través de CompraNet 5.0.

Participación por medios remotos de comunicación electrónica:

La participación por medios remotos de comunicación electrónica se hará conforme al Acuerdo por el que se establecen las disposiciones que se deberán observar para la utilización del sistema electrónico de información pública gubernamental denominado CompraNet 5.0, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 28 de junio del año 2011.

Las proposiciones podrán ser enviadas a través del sistema CompraNet 5.0 disponible en la página de la Secretaría de la Función Pública. Dicho sistema generará el sobre con las proposiciones mediante el uso de tecnologías que resguardan la confidencialidad de la información, de tal forma que sea inviolable.

Los licitantes que presenten sus proposiciones a través de medios remotos de comunicación electrónica deberán concluir el envío de éstas y contar con el acuse de recibo electrónico que emita la Secretaría de la Función Pública a través de CompraNet 5.0.

Conforme a lo dispuesto al Artículo 28 Fracción I de la “LAASSP”, el presente procedimiento de licitación es de carácter nacional en la cual podrán participar personas físicas o morales de nacionalidad mexicana constituidas legalmente en el territorio nacional.

1.2 Número de convocatoria

La presente Convocatoria el Sistema CompraNet 5.0 le asignó el número de **LA-048E00995-E34-2018**.

1.3 Vigencia del contrato

Esta contratación tendrá una vigencia a partir del día **18 de febrero al 31 de diciembre de 2018**.

1.4 Idioma en el que se presentarán las proposiciones

Las proposiciones, así como todos los documentos que formen parte de la propuesta deberán presentarse en idioma español, en caso de que no haya existencia en este idioma de los documentos, estos serán acompañados con su traducción simple al español.

1.5 Disponibilidad presupuestaria

“EL INBA” a través de la **Dirección de Personal**, cuenta con los recursos necesarios para la prestación del servicio que se licita, conforme al Artículo 25 primer párrafo de la “LAASSP”.

2. OBJETO Y ALCANCE DE LA LICITACIÓN

2.1 Descripción de los Servicios

Servicio de gastos médicos mayores para el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura.

2.2 Partidas que integra la licitación

La presente licitación se integra por dos partidas.

2.3 Normas aplicables

Con fundamento en el Artículo 31 y 32 del “RLAASSP”, los licitantes participantes deberán entregar Copia de la autorización por parte de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público para operar en el ramo de seguros de vida y gastos médicos mayores, lo anterior conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

2.4 Tipo de contrato

Con fundamento en el Artículo 47 de la “LAASSP” y 85 del “RLAASSP”, el contrato que se derive de la presente Invitación será un contrato abierto (**ANEXO 2**), por lo que de acuerdo a las necesidades del Instituto podrá incrementarse o disminuirse sin exceder los montos que se señalan:

PARTIDA	MONTO MINIMO IVA INCLUIDO	MONTO MÁXIMO IVA INCLUIDO
1	\$3,400,000.00	\$8,500,000.00
2	\$2,000,000.00	\$5,000,000.00

2.4 Forma de adjudicación

Con fundamento en el Artículo 29 Fracción XII de la “LAASSP”, la adjudicación de los servicios objeto del presente procedimiento será por partidas; esta licitación se integra por dos partidas.

2.5 Modelo de contrato

De conformidad con el Artículo 29 Fracción XVI de la “LAASSP”, en el Anexo 2.- Modelo de contrato, que como tal, forma parte integrante de esta convocatoria, se presenta el modelo conforme al cual se formalizará el contrato derivado del presente proceso licitatorio.

3. FORMA Y TÉRMINOS QUE REGIRÁN LOS DIVERSOS EVENTOS DE ESTE PROCEDIMIENTO

3.1 Reducción de Plazos

No Aplica.

3.2 Calendario de actos y lugar donde se desarrollarán los eventos

Evento	Fecha y Hora
Publicación de la convocatoria en sistema CompraNet	26 de enero de 2018
Junta de aclaraciones	01 de febrero de 2018 a las 11:00 horas
Presentación y apertura de proposiciones	12 de febrero de 2018 a las 11:00 horas
Fecha de notificación de fallo	15 de febrero de 2018 a las 11:00 horas
Firma del instrumento jurídico	Dentro de los 15 días naturales posteriores a la notificación del fallo.

Todos los eventos de la presente Convocatoria se llevarán a cabo en la sala de juntas de la Subdirección de Recursos Materiales, ubicada en Avenida Juárez Número 101, Piso 16, Colonia Centro Histórico, C.P. 06040, Delegación Cuauhtémoc, en la Ciudad de México.

Conforme a lo establecido en el penúltimo párrafo del Artículo 26 de "LAASSP" a los actos del procedimiento de la licitación, podrá asistir cualquier persona en calidad de observador, que manifieste su interés de estar presente en dichos actos, bajo la condición de que deberán registrar su asistencia y abstenerse de intervenir de cualquier forma en los mismos.

Igualmente, podrán asistir representantes de las Cámaras, Colegios o Asociaciones Profesionales u otras Organizaciones no Gubernamentales.

Los observadores que ingresen a las instalaciones antes mencionadas deberán cumplir con las medidas de seguridad implantadas por "EL INBA", el no apearse a su cumplimiento, no le será permitido el acceso al inmueble.

3.3 Visita a las instalaciones de los licitantes

"EL INBA" durante cualquier fase del procedimiento de la licitación podrá visitar las instalaciones de los licitantes para corroborar la veracidad de la información proporcionada.

3.4 Junta de aclaraciones

Se llevará a cabo el día **01 de febrero de 2018** a las **11:00 horas**.

La convocante llevará a cabo la(s) junta(s) de aclaraciones a la convocatoria, con fundamento en los Artículos 33, 33 Bis de la "LAASSP", 45 y 46 de "RLAASSP", siendo optativo para los interesados asistir en calidad de observador, la(s) cual(es) se llevará(n) a cabo en la fecha prevista conforme al calendario de actos de la licitación vía CompraNet 5.0.

La junta de aclaraciones será presidida por el servidor público designado, quien será asistido por un representante del área técnica objeto de la contratación, a fin de que se resuelvan en forma clara y precisa las

dudas y planteamientos formulados por los licitantes y que se relacionen con los aspectos contenidos en la convocatoria y sus anexos.

A partir de la fecha de publicación de la convocatoria y hasta 24 horas antes de la fecha y hora previstos para la celebración de la junta de aclaraciones, los interesados que pretendan solicitar aclaraciones a los aspectos contenidos en la convocatoria, podrán presentarlas por medio electrónico a través de CompraNet 5.0, adjuntando para ello el escrito de interés de participación que refiere los artículos 33 bis de la "LAASSP", 45 y 48 Fracción V del "RLAASSP"; en el entendido que de no presentarlo en el plazo referido o no adjuntar el escrito de interés aludido, las preguntas se tendrán por no presentadas.

Las solicitudes de aclaración deberán entregarse a través del sistema CompraNet 5.0, a partir de la publicación de la convocatoria y a más tardar veinticuatro horas antes de la fecha y hora en que se vaya a realizar la junta de aclaraciones, adjuntando para ello el escrito de interés en el entendido de que, si no se presentan en el plazo referido o no se adjunta el escrito de interés aludido, las preguntas se tendrán por no presentadas.

A fin de abatir el tiempo para la integración el acta de aclaraciones, se agradecerá que las solicitudes de aclaración y las preguntas sean enviadas en el formato adjunto en archivo electrónico editable por correo electrónico a las direcciones afarfan@inba.gob.mx y rremos@inba.gob.mx, esto sin menoscabo de que se presenten conforme al párrafo anterior.

La convocante procederá a enviar a través de CompraNet 5.0 las contestaciones a las solicitudes de aclaración recibidas dentro del plazo estipulado, no obstante, si éstas requieren de mayor análisis o si debido a su complejidad no se les pudiera dar respuesta en el mismo acto, así como alguna otra causa no imputable a la convocante, el servidor público que presida, podrá suspender la sesión y realizar las sesiones que sean necesarias o bien celebrar las juntas de aclaraciones que considere necesarias; señalándose al final de la primera junta la fecha y hora para la celebración de la segunda o ulteriores.

Con el envío de las respuestas a que se refiere el párrafo anterior, la convocante informará a los licitantes atendiendo al número de solicitudes de aclaración contestadas, el plazo que éstos tendrán para formular las preguntas que consideren necesarias en relación con las respuestas remitidas. dicho plazo no podrá ser inferior a seis ni superior a cuarenta y ocho horas. una vez recibidas las preguntas, la convocante informará a los licitantes el plazo máximo en el que enviará las contestaciones correspondientes.

Al concluir el evento se levantará el acta respectiva que contendrá tanto las preguntas recibidas como sus respuestas, misma que se difundirá a través del sistema CompraNet 5.0 dicha notificación sustituye a la notificación personal de conformidad con el Artículo 37 Bis de la "LAASSP".

De conformidad con el Artículo 33 de la "LAASSP", las modificaciones y aclaraciones que se hicieren por la convocante se podrán llevar a cabo a más tardar el séptimo día natural previo al acto de presentación y apertura de proposiciones, las modificaciones serán difundidas en el sistema de CompraNet 5.0, a más tardar el día hábil siguiente a aquél en que se efectúen, las cuales serán consideradas parte integrante de la presente convocatoria, por lo que deberán tomarse en cuenta por los licitantes para la elaboración de las proposiciones. las modificaciones que se mencionan, en ningún caso podrán consistir en sustitución de los servicios solicitados originalmente, adición de otros de distintos rubros o en variación significativa de sus características.

3.5 Presentación y apertura de proposiciones

Se llevará a cabo el día **12 de febrero de 2018** a las **11:00 horas**.

Las proposiciones deberán elaborarse conforme a lo señalado en esta Convocatoria en formatos WORD, EXCEL, PDF, HTML o, en su caso, utilizar archivos de imagen tipo JPG o GIF.

Preferentemente, identificarán cada una de las páginas que integran las proposiciones con los datos siguientes: Clave del Registro Federal de Contribuyentes, número de licitación y número de página, cuando

ello técnicamente sea posible; dicha identificación deberá reflejarse, en su caso en la impresión que se realice de los documentos durante el acto de presentación y apertura de las proposiciones.

De conformidad con el Artículo 50 del “RLAASSP”, las proposiciones presentadas deberán estar foliadas en todas y cada una de las hojas, se numerarán de manera individual las propuestas técnica y económica, así como el resto de los documentos que entregue el licitante.

A la hora señalada para la celebración de este acto, se cerrará el recinto y no se permitirá la entrada a ningún observador y se desarrollará de la siguiente forma:

- El servidor público de “EL INBA” facultado para presidir el acto, declarará su inicio y será la única persona facultada para tomar todas las decisiones durante su realización.
- Se darán a conocer los servidores públicos participantes, observadores y en su caso los testigos sociales asistentes al acto.
- El acto iniciará con el ingreso al sistema CompraNet 5.0 para verificar el envío de proposiciones por medios remotos de comunicación electrónica, procediéndose a la apertura de los sobres generados mediante el sistema.
- En el supuesto de que durante el acto de presentación y apertura de proposiciones, por causas ajenas a la voluntad de la Secretaría de la Función Pública o de la Convocante, no sea posible abrir los sobres que contengan las propuestas enviadas por CompraNet 5.0, el acto se reanudará a partir de que se restablezcan las condiciones que dieron origen a la interrupción, salvo lo previsto en el numeral 29 del Acuerdo por el que se establecen las disposiciones que se deberán observar para la utilización del sistema electrónico de información pública gubernamental denominado CompraNet.
- “EL INBA” levantará el acta correspondiente que servirá de constancia de la celebración del acto de apertura de proposiciones y se hará constar el importe total de cada una de las proposiciones presentadas, así mismo se señalará lugar, fecha y hora en que se dará a conocer el fallo de la licitación. El acta será firmada por los asistentes. La falta de alguna firma no invalidará su contenido y efectos.

3.6 Comunicación del fallo

Se llevará a cabo el día **15 de febrero de 2018** a las **11:00 horas**.

La notificación del fallo se efectuará en la fecha, hora y en el lugar señalado en el punto 3.2 del numeral 3. “Forma y términos que regirán los diversos actos de este procedimiento” de la presente Convocatoria, se llevará a cabo conforme lo siguiente:

- El servidor público de “EL INBA” facultado para presidir el fallo, declarará el inicio del acto.
- Se dará a conocer el fallo de la licitación a los licitantes que presentaron proposiciones, servidores públicos y a todas aquellas personas asistentes, el cual contendrá la información referida en el Artículo 37 de la “LAASSP”.
- “EL INBA” levantará el acta de notificación de fallo de la licitación. El acta será firmada por los servidores públicos presentes.

Al finalizar cada evento (Presentación y Apertura de Proposiciones y Notificación de Fallo) se pondrá una copia del acta correspondiente, para efectos de notificación y a disposición de los licitantes por un término no menor de cinco días hábiles posteriores a cada acto, en el pizarrón de avisos de la Subdirección de Recursos Materiales, ubicada en Avenida Juárez Número 101, Piso 16, Colonia Centro Histórico, C.P. 06040, Delegación Cuauhtémoc, en la Ciudad de México, siendo responsabilidad exclusiva de los licitantes acudir a enterarse de su contenido y en su caso obtener copia de dichas actas en la Subdirección de Recursos

Materiales ubicada en el domicilio antes citado, durante el mismo plazo señalado anteriormente, de 09:00 a 14:00 horas en días hábiles.

Así mismo, las actas correspondientes se difundirán en CompraNet 5.0. Este procedimiento sustituye a la notificación personal.

Los licitantes aceptarán que se tendrán por notificados de las actas que se levanten, cuando éstas se encuentren a su disposición a través del sistema CompraNet 5.0, en la dirección electrónica <https://compranet.funcionpublica.gob.mx>, a más tardar el día hábil siguiente en que se celebre cada evento, sin menoscabo de que puedan acudir a recoger copia del acta en el domicilio de la Convocante.

3.7 Firma del contrato

A fin de cumplir con lo dispuesto en los Artículos 46 de la “LAASSP” y 39 Fracción III, Inciso b) del “RLAASSP”, el contrato será firmado dentro de los 15 días naturales siguientes a la notificación del fallo, en la DRM, ubicada en Avenida Juárez Número 101, Piso 17, Colonia Centro Histórico, C.P. 06040, Delegación Cuauhtémoc, en la Ciudad de México.

Previamente a la firma del instrumento jurídico, el proveedor deberá presentar, al día siguiente hábil de la notificación del fallo, en la Subdirección de Recursos Materiales, la documentación legal administrativa que se enlista a continuación en original para cotejo y copia:

PERSONA MORAL NACIONAL	PERSONA FÍSICA NACIONAL
Escritura pública en la que conste que fue constituida conforme a las Leyes Mexicanas y que tiene su domicilio en el Territorio Nacional con la constancia de inscripción en el Registro Público de Comercio y en su caso reformas o modificaciones que haya sufrido, que contenga el poder que se otorgue al representante legal, para la celebración de actos de administración y representación	Clave Única de Registro de Población
	Acta de nacimiento o, en su caso, carta de naturalización respectiva, expedida por la autoridad competente, así como la documentación con la que acredite tener su domicilio legal en el Territorio Nacional.
Cédula del Registro Federal de Contribuyentes.	
Identificación oficial vigente con fotografía del Representante Legal (Cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar o cédula profesional)	
Comprobante de Domicilio Fiscal actualizado.	
Estado de cuenta bancario que contenga CLABE interbancaria (no mayor a 2 meses)	
Solicitud de alta de beneficiario (Anexo C), firmada con tinta azul	
Documento vigente expedido por el SAT, en el que se emita la opinión positiva del cumplimiento de obligaciones fiscales en términos de lo dispuesto por la regla 2.1.39. (Escrito 2).	
Documento vigente expedido por el IMSS en el que se emita la opinión positiva del cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social en términos de lo dispuesto por la regla 2.1.39.	
Constancia de Inscripción al Registro Único de Proveedores y de Contratistas (RUPC)	

El proveedor que no firme el contrato por causas imputables al mismo será sancionado por la Secretaría de la Función Pública en los términos de los Artículos 59 y 60 de la “LAASSP” y 109 del “RLAASSP”.

Cuando el licitante que resultó adjudicado no se presente a firmar el contrato dentro del plazo señalado en el primer párrafo de este numeral, por causas imputables a él, “EL INBA” sin necesidad de un nuevo procedimiento, podrá adjudicar el contrato al participante que haya obtenido el segundo lugar, siempre que la

diferencia en precio con respecto a la proposición inicialmente adjudicada no sea superior a un margen del 10% de conformidad a lo establecido en el Artículo 46 de la "LAASSP".

3.8 Vigencia de las Proposiciones

Las propuestas técnica y económica presentadas por los licitantes serán vigentes desde el acto de presentación de propuestas y hasta la conclusión del contrato para quien resulte con asignación favorable.

3.9 Propuesta única por licitante

Los licitantes solo podrán presentar una proposición para la presente licitación.

3.10 Parte o partes de las proposiciones que se rubricarán en el acto de presentación y apertura de proposiciones

De conformidad con el Artículo 35 Fracción II de la "LAASSP", él o los servidores públicos que "EL INBA" designe, rubricarán las propuestas técnicas y económicas presentadas por los licitantes sin incluir la documentación legal y de carácter administrativo.

3.11 Garantías

No aplica

3.12 Forma de pago

El pago correspondiente, se realizará al inicio de la prestación del servicio en una sola exhibición, con fundamento en el Artículo 13 de la "LAASSP" previo a la presentación y aceptación de la factura por parte del Director de Personal o quien este designe en su calidad de administrador del contrato, sita en Av. Juárez No. 101 Piso 01, Colonia Centro Histórico, C.P. 06040, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, para tal efecto el proveedor deberá, sin excepción alguna, presentar la siguiente documentación:

- La factura que deberá señalar la descripción de los servicios, cantidad, unidad, precio unitario y total, desglosando el IVA, No. del instrumento jurídico y la razón social, teléfonos y dirección del proveedor.
- Cuando se apliquen penalizaciones, se deberá anexar cheque a favor de la Tesorería de la Federación o en su caso nota de crédito para aplicar descuento en pago de la factura.

El pago se realizará en moneda nacional previa instrucción de pago que efectúe "EL INBA", a la Tesorería de la Federación mediante transferencia bancaria a la cuenta que para tal efecto señale el proveedor, a través del Sistema Integral de Administración Financiera Federal (SIAFF) que opera la Tesorería de la Federación.

En caso de que la factura y/o recibo entregada por el proveedor para su pago, presente errores o deficiencias, "EL INBA", dentro de los tres días hábiles siguientes al de su recepción, indicará por escrito al proveedor las deficiencias que deberá corregir. El periodo que transcurra a partir de la entrega del citado escrito y hasta que el proveedor presente las correcciones, no se computará para efectos del Artículo 51 de la LAASSP.

No se aceptarán condiciones de pago diferentes a las establecidas anteriormente y no se otorgará anticipo alguno y las facturas que se presenten deberán cumplir con los requisitos que estipula el Código Fiscal de la Federación en sus Artículos 29 y 29-A.

Tratándose de pagos en exceso que haya recibido el proveedor se estará a lo dispuesto en el tercer párrafo del Artículo 51 de la LAASSP.

El proveedor podrá, a su elección, adherirse al Programa de Cadenas Productivas del Gobierno Federal, para lo cual el formato y la información de afiliación se encuentra incorporada a la presente convocatoria como **Escrito 3**, conforme se establece en las Disposiciones Generales a las que deberán sujetarse las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal para su incorporación al Programa de Cadenas Productivas de Nacional Financiera, S.N.C., Institución de Banca de Desarrollo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de febrero de 2007, con el propósito de obtener capacitación y asistencia técnica, así como el acceso a la liquidez mediante financiamiento oportuno con tasas de interés preferencial y garantías mínimas, sobre facturas en trámite de pago, para mayor información consultar la página: www.nafin.com/portalfnf/?/aption=cadenas&.

3.13 Penas convencionales y deducciones

3.13.1 Pena convencional

Con base en el Artículo 53 de la "LAASSP" y 95 del "RLAASSP", sí el proveedor incurriera en algún atraso en los plazos establecidos para la prestación del servicio objeto del presente procedimiento, le será aplicable una pena convencional, conforme a lo siguiente:

En caso de que el proveedor no entregue la Carta Cobertura a más tardar el día 16 de febrero a las 18:00 horas, se obliga a pagar como pena convencional, el equivalente al 2% por cada día natural de retraso sobre el importe total máximo de la partida adjudicada antes de IVA.

Se aplicará una pena convencional del 5% sobre el importe procedente por cada día natural de retraso, de acuerdo con los "Tiempos de Respuesta" establecidos en el numeral 1.8.1. del **Anexo 1**.

Una vez transcurridos cualquiera de estos dos supuestos "EL INBA" podrá iniciar el procedimiento de rescisión del contrato

Una vez que sea(n) notificada(s) la(s) penalización(es) a través del oficio correspondiente, para el pago de la misma(s), el proveedor contará con un plazo que no excederá de cinco días hábiles contados a partir de la fecha de recepción de la notificación, cuyo pago se realizará a través de depósito bancario formato e-5 a favor de la Tesorería de la Federación (cerrado a pesos, el monto se ajustará para que las que contengan cantidades que incluyan de 1 hasta 50 centavos se ajusten a la unidad inmediata anterior y las que contengan de 51 a 99 centavos, se ajusten a la unidad inmediata superior), o bien, en efectivo en la Dirección de Recursos Financieros en "EL INBA", quien emitirá el recibo correspondiente.

Además de las sanciones convenidas, se aplicarán las demás que procedan, de conformidad con lo estipulado en el Artículo 53 de la "LAASSP", los Artículos 95 y 96 del "RLASSP".

3.13.2 Deducciones

No aplica.

3.14 Terminación anticipada

"EL INBA" a través de la DRM, podrá terminar anticipadamente el contrato sin responsabilidad para el Instituto, cuando concurren razones de interés general, por causas justificadas que establezca el área requirente, se extinga la necesidad de los servicios originalmente contratados y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio al Estado o cuando se determine la nulidad total o parcial de los actos del procedimiento, con motivo de la resolución de una inconformidad emitida por la Secretaría de la Función Pública, en estos supuestos la convocante previa solicitud por escrito reembolsará a el proveedor, los gastos no recuperables en que haya incurrido, siempre que éstos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el procedimiento por el contrato correspondiente con fundamento en el Artículo 54 Bis de la "LAASSP".

3.15 Rescisión Administrativa del Contrato

Cuando el proveedor incumpla con las obligaciones pactadas en esta Convocatoria y en el contrato, se procederá a la rescisión administrativa del mismo, sin necesidad de Declaración Judicial previa, de conformidad a lo establecido en el Artículo 54 de la "LAASSP" y el apartado 4.3.5. del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, si el proveedor incurriera en cualquiera de los siguientes casos, de manera enunciativa:

- a) Cuando el proveedor incumpla en forma, plazo y términos sus obligaciones en lo relativo a la prestación de los servicios pactados en el contrato.
- b) Si se declara en concurso mercantil, o si hace cesión de la prestación los servicios en forma que afecte el contrato.
- c) En caso de que el proveedor no proporcione a "EL INBA" los datos necesarios que le permita la inspección, vigilancia, supervisión y comprobación de que la prestación los servicios, están siendo prestados de conformidad con lo establecido en el contrato, así como en su Anexo 1.
- d) Si subcontrata la prestación los servicios materia de esta licitación.
- e) Por el incumplimiento total o parcial de las obligaciones a cargo del proveedor previstas en el contrato.
- f) Cuando se incumplan o contravengan las disposiciones de la "LAASSP", "RLAASSP" y los lineamientos que rigen en la materia.
- g) Cuando el proveedor incurra en responsabilidad por errores u omisiones en su actuación.
- h) Cuando el proveedor incurra en negligencia respecto a la prestación los servicios pactados en el contrato, sin justificación para "EL INBA".
- i) Cuando se agote el monto límite de aplicación de las penas convencionales en el contrato.
- j) Si "EL INBA" o cualquier otra autoridad detecta que el proveedor proporcionó información o documentación falsa, falsificada o alterada en el procedimiento de licitación y durante la formalización o vigencia de los servicios.
- k) La falta de respuesta por parte del proveedor en el supuesto de que "EL INBA" le formule una reclamación con motivo de la prestación de los servicios.
- l) En caso de que el proveedor pretenda modificar los servicios materia de la presente licitación o durante la vigencia del contrato, sin autorización de "EL INBA".
- m) En caso de ser adjudicado y no guarde la más estricta confidencialidad de la información y documentación que me sea proporcionada para la prestación del objeto del servicio motivo de la licitación.

4. REQUISITOS PARA QUIENES DESEEN PARTICIPAR EN ESTE PROCEDIMIENTO

- a) Cumplir la documentación solicitada el numeral 6 de la Convocatoria de esta licitación.
- b) La documentación deberá estar firmada digitalmente por la persona Física o Moral que participa.
- c) La proposición deberá estar foliada en todas y cada una de las hojas que la integran. Al efecto, se deberán numerar de manera individual las propuestas técnica y económica, así como el resto de los

documentos que entregue el licitante.

- d) En el caso de que alguna o algunas hojas de los documentos mencionados en el párrafo anterior carezcan de folio y se constate que la o las hojas no foliadas mantienen continuidad, "EL INBA" no podrá desechar la proposición. En el supuesto de que falte alguna hoja y la omisión pueda ser cubierta con información contenida en la propia proposición o con los documentos distintos a la misma, "EL INBA" tampoco podrá desechar la proposición.
- e) La propuesta técnica deberá elaborarse conforme al **Anexo 1** de la presente Convocatoria donde se describirán de manera clara y precisa, las características técnicas de los servicios requeridos, sin indicar el costo.
- f) La propuesta económica deberá presentarse conforme al **Anexo A** de la presente Convocatoria incluyendo todos los datos e información requerida en dicho formato.
- g) El precio será fijo a partir de la entrega de la proposición y durante la vigencia del contrato, el cual no estará sujeto a decremento o incremento.

5. CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE PROPOSICIONES Y ADJUDICACIÓN

5.1 Criterios generales de evaluación

- a) Con fundamento en el tercer párrafo del Artículo 36 de la "LAASSP" y los lineamientos para la aplicación del criterio de evaluación de proposiciones a través del mecanismo de puntos o porcentajes en los procedimientos de contratación, las proposiciones que se reciban en el acto de apertura de proposiciones se evaluarán a través del **criterio de puntos y porcentajes**.
- b) Con apego en lo establecido por los Artículos 36 y 36 Bis de la "LAASSP", se efectuará la evaluación considerando exclusivamente los requisitos y condiciones establecidos en esta Convocatoria, así como en los requisitos descritos en el **Anexo 1** que forman parte integrante de la misma, a efecto de que se garantice satisfactoriamente el cumplimiento de las obligaciones respectivas.
- c) Se comprobará el cumplimiento de los requisitos legales administrativos, técnicos y económicos establecidos en la presente Convocatoria y sus anexos.
- d) Se verificará la congruencia entre la propuesta técnica y el **Anexo 1**, así como la propuesta económica de cada licitante.
- e) Será requisito indispensable para la evaluación que los licitantes presenten la totalidad de los documentos cuya presentación es de carácter obligatorio, por lo que, si le falta alguno de ellos, su propuesta será desechada.

5.2 Criterios para el análisis de la documentación legal-administrativa

- a) El análisis detallado de la documentación legal administrativa solicitada en el numeral 6.1 será realizado por la Dirección de Asuntos Jurídicos en conjunto con la Subdirección de Recursos Materiales, emitiendo la evaluación correspondiente.

5.3 Criterios para el análisis de la documentación técnica

La evaluación de las proposiciones técnicas será realizada por la **Dirección de Personal**, quien verificará que las proposiciones técnicas presentadas cumplan con lo establecido en el **Anexo 1**, así como la documentación solicitada para la evaluación a través del mecanismo de puntos y porcentajes emitiendo la evaluación correspondiente.

Se revisará y analizará la documentación solicitada en el numeral 6.2 “Propuesta técnica” de esta Convocatoria, en caso de que no se presenten los documentos conforme a lo solicitado o no sean los requeridos, la proposición será desechada.

Posteriormente a la evaluación de puntos y porcentajes se determinará como propuesta solvente técnicamente aquella que como resultado de la calificación obtenida en la evaluación técnica cumpla con un mínimo de aceptación **de 45 puntos** del total de los rubros y que cumpla con el total de los requisitos solicitados de la partida única de la presente convocatoria. Los licitantes que cumplan técnicamente con este mínimo de puntaje serán susceptibles de ser evaluados económicamente.

La evaluación de los precios ofertados se realizará conforme al Artículo 36 Bis Fracción I, de la “LAASSP”.

5.4 Criterios de evaluación económica

- a) Se verificará que las ofertas presentadas correspondan con lo solicitado en el **Anexo 1** y el punto **6.3** de esta Convocatoria, la evaluación será realizada por la Subdirección de Recursos Materiales.
- b) Se verificará que los precios de las proposiciones presentadas por los licitantes sean acordes con la investigación de mercado.
- c) La Subdirección de Recursos Materiales verificará que las ofertas presentadas correspondan a las características y especificaciones del servicio solicitado en el **Anexo 1** y el punto 6.3 de esta Convocatoria, emitiendo la evaluación correspondiente, en caso de que no se presente conforme a lo solicitado o no sea lo requerido, la proposición será desechada.

La evaluación de las proposiciones estará sujeta a mecanismos de puntos y porcentajes y se realizará de acuerdo con lo siguiente:

La fórmula para determinar los puntajes de la propuesta económica es la siguiente:

$$\text{PPE} = \text{MPemb} \times 40 / \text{MPi}$$

Dónde:

PPE = Puntuación o unidades porcentuales que corresponden a la Propuesta Económica;

MPemb = Monto de la propuesta económica más baja, y

MPi = Monto de la i-ésima Propuesta económica (propuesta en consideración)

Las ponderaciones asignadas a las propuestas técnicas y de la propuesta económica es:

$$\text{T} = 60$$

$$\text{E} = 40$$

Dónde:

$$\text{T} + \text{E} = 100$$

Por la naturaleza del servicio **la adjudicación se realizará por partida única**, por lo que se celebrará un contrato entre “EL INBA” y el licitante que resulte ganador.

No se considerarán las propuestas, cuando el volumen ofertado de los servicios sea menor al 100% de la demanda solicitada por “EL INBA”.

- d) Si al momento de realizar la verificación de los importes de las propuestas económicas, se detecta un error de cálculo en alguna proposición se procederá a llevar a cabo su rectificación, siempre y cuando

la corrección no implique la modificación del precio unitario. En caso de discrepancia entre las cantidades escritas con letra y número prevalecerá la primera, por lo que, de presentarse errores en los volúmenes solicitados, éstos podrán corregirse.

En los casos previstos en el párrafo anterior, “EL INBA” no desechará la propuesta económica y dejará constancia de la corrección efectuada conforme al párrafo indicado en la documentación soporte utilizada para emitir el fallo que se integrará al expediente de contratación respectivo, asentando los datos que para el efecto proporcione el o los servidores públicos responsables de la evaluación. Lo anterior de conformidad con el Artículo 37 de “LAASSP” y 55 del “RLAASSP”.

Las correcciones se harán constar en el fallo a que se refiere el Artículo 37 de la “LAASSP”. Si la propuesta económica del licitante a quien se le adjudique el contrato fue objeto de correcciones y éste no acepta las mismas, se aplicará lo dispuesto en el segundo párrafo del Artículo 46 de la “LAASSP” respecto del contrato o, en su caso, sólo por lo que hace a las partidas afectadas por el error, sin que por ello sea procedente imponer la sanción a que se refiere la Fracción I del Artículo 60 de la “LAASSP”.

La evaluación de las proposiciones económicas será realizada por la **Subdirección de Recursos Materiales** con el apoyo del Área Requirente quienes verificarán que las proposiciones presentadas correspondan a las características y especificaciones del servicio solicitado **Anexo 1**, emitiendo la evaluación correspondiente.

5.5 Criterios de adjudicación

Con fundamento en el artículo 36 Bis, fracción I de la “LAASSP”, una vez hecha la evaluación de las proposiciones, se adjudicará el contrato a la persona física o moral que de entre los licitantes haya obtenido el mejor resultado en la evaluación combinada.

Si derivado de la evaluación de las proposiciones se obtuviera un empate entre dos o más licitantes, se aplicará el criterio de desempate de conformidad con lo previsto en el penúltimo párrafo del artículo 36 Bis de la “LAASSP”, se deberá adjudicar la partida en primer término a las micro empresas, a continuación, se considerará a las pequeñas empresas y en caso de no contarse con alguna de las anteriores, se adjudicará a la que tenga el carácter de mediana empresa.

De subsistir el empate entre licitantes de la misma estratificación de los sectores señalados en el párrafo anterior, o bien, de no haber empresas de este sector y el empate se diera entre licitantes que no tienen el carácter de MIPYMES, se realizará la adjudicación de la partida a favor del licitante que resulte ganador del sorteo por insaculación que realice “EL INBA”, 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 demás boletas de los licitantes que resultaron empatados, con lo cual se determinarán los subsecuentes lugares que ocuparán tales proposiciones.

6. DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTAR LOS LICITANTES

Los licitantes deberán presentar en papel preferentemente membretado la siguiente documentación:

6.1 Documentación legal y administrativa

- a) Para acreditar la personalidad jurídica del licitante, deberá adjuntar a su propuesta un escrito en el que el firmante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por sí o a nombre de su representada de conformidad con el Artículo 48 Fracción V del “RLAASSP”, requisitando para tal efecto el **Anexo D, incluyendo copia simple del acta constitutiva sus modificaciones y poder notarial.**

- b) Identificación oficial vigente, del representante legal del licitante que firme la proposición. (Solo se aceptará: Credencial para votar, Pasaporte, Cédula Profesional o los Formularios FM2 y FM3, estos dos últimos en caso de ser de nacionalidad extranjera).
- c) Escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad, la Nacionalidad de su representada **Anexo B**.
- d) Los licitantes participantes deberán entregar Copia de la autorización por parte de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público para operar en el ramo de seguros de vida y gastos médicos mayores vigente, lo anterior conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo anterior conforme a los Artículos 31 y 32 del “RLAASSP” ver numeral 2.3 de esta convocatoria.
- e) Los licitantes deberán presentar escrito en el que manifieste que:
- Aceptan íntegramente los requisitos establecidos en esta convocatoria, así como el plazo y términos fijados.
 - Cuenta con la infraestructura humana, técnica y financiera necesaria para la prestación de los servicios.
 - En el caso de resultar adjudicado no transferirán los derechos y obligaciones que se deriven del contrato a favor de otra persona, salvo en su caso los de cobro, de conformidad con lo señalado en el Artículo 46 último párrafo de la “LAASSP”.
 - Acepta responder ante “El INBA”, por cualquier anomalía, falla o discrepancia que se presente durante la prestación de los servicios.
 - Acepta que la convocante realice visitas a sus instalaciones ubicadas en el domicilio señalado en el **Anexo D**, o en las instalaciones donde manifieste que se encuentren ubicadas sus oficinas administrativas, almacenes y demás instalaciones.
 - Se compromete a cumplir con las normas que directa o indirectamente se relacionen con los servicios objeto de la presente licitación.
- f) Escrito en el que el licitante manifieste una dirección de correo electrónico, en caso contrario, deberá indicar en el escrito que no cuenta con el mismo **Anexo E**.
- g) Declaración escrita en papel membretado bajo protesta de decir verdad, de no encontrarse en los supuestos de los Artículos 50 y 60 de la “LAASSP”. Para que este documento se considere en la evaluación será necesario que se encuentre firmado por el representante legal **Anexo F**.
- h) Escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad, que se abstendrá de adoptar conductas, para que los servidores públicos del Instituto induzcan o alteren las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes, firmada por el licitante o su representante legal **Anexo G**.
- i) Escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad donde manifiesten la clasificación que guarda su representada, conforme al acuerdo por el que se establece la estratificación de empresas publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2009, en caso de no aplicarle por ser una empresa grande deberá manifestarlo **Anexo H**, lo anterior a fin de dar cumplimiento al Artículo 34 del “RLAASSP” y Artículo 3 Fracción III de la Ley para el Desarrollo de la Competitividad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa.
- j) Escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad, que su representada es de nacionalidad mexicana y cumplen con lo establecido en el Artículo 28, Fracción I, último párrafo de la “LAASSP”; o con las reglas de origen correspondientes a los capítulos de compras del sector público de los tratados de libre comercio, o que los bienes importados cumplen con las reglas de origen establecidas en el capítulo de compras del sector público del tratado que corresponda, en cumplimiento con la Regla 5.2 de las Reglas para la celebración de licitaciones públicas

internacionales bajo la cobertura de tratados de libre comercio suscritos por los Estados Unidos Mexicanos. Conforme a los **Formatos**.

- k) Escrito en el que enliste cuales son los documentos presentados en su propuesta que contienen información confidencial reservada, siempre que tengan el derecho de reservar la información en los términos establecidos en los Artículos 110 y 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los Artículos 113 y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública **Anexo I**.
- l) Escrito en el que manifieste que de resultar ganador, asumirá la responsabilidad total para el caso de que al prestar los servicios objeto de la presente licitación infrinjan derechos de Propiedad Industrial o Intelectual de Terceros, en caso de presentarse cualquier reclamación o demanda por violaciones que se causen en materia de Patentes, Franquicias, Marcas o Derechos de Autor, con respecto a los servicios, recursos, técnicas y en general cualquier elemento utilizado y se obligan a responder por ello, así como a rembolsar cualquier cantidad que por este motivo se hubiere tenido que erogar “EL INBA” **Anexo J**.
- m) Escrito en el que manifieste que en caso de resultar adjudicado se compromete a reconocer y acepta que bajo ninguna circunstancia podrá divulgar o dar a conocer a terceros de forma directa o a través de interpósita persona la información o documentación que le sea proporcionada por “EL INBA”, ya que es información confidencial y propiedad exclusiva del “EL INBA” **Anexo K**.
- n) Formato vigente a la fecha del fallo emitido por el SAT en el cual acredite que se encuentra al corriente con sus obligaciones fiscales ante dicha Institución o escrito en el que manifieste que su representada se encuentra al corriente de sus obligaciones fiscales y que en caso de resultar adjudicado se compromete a entregar la opinión positiva emitida por el SAT posterior al acto del fallo (**Escrito 2, fundamento en el que se sustenta el requerimiento**).
- o) Escrito libre en el cual manifieste la aceptación de dar por no presentada su proposición cuando el o los archivos electrónicos en que se contengan y/o demás información enviada a través de CompraNet, no pueda abrirse por tener algún virus informático o por cualquier causa ajena a la convocante, conforme a lo señalado en el numeral 29 del ACUERDO por el que se establecen las disposiciones que se deberán observar para la utilización del Sistema Electrónico de Información Pública Gubernamental denominado CompraNet.
- p) Escrito en el que manifieste que no existe conflicto de intereses del licitante o de su representada con los servidores públicos involucrados en este procedimiento de licitación **Anexo L**.
- q) El licitante deberá acreditar que se encuentra al corriente con sus obligaciones fiscales en materia de Seguridad Social a través de cualquiera de uno de los siguientes documentos:
 - Formato de Opinión del Cumplimiento vigente a la fecha del fallo, emitido por el IMSS en el cual acredite que se encuentra al corriente con sus obligaciones fiscales en materia de Seguridad Social.
 - Escrito en el que manifieste que su representada se encuentra al corriente de sus obligaciones fiscales en materia de Seguridad Social ante el IMSS, y en caso de resultar adjudicado, se compromete a entregar el formato de Opinión del Cumplimiento en sentido positivo emitido por dicha institución vigente a la fecha en que se emite el fallo.
 - En caso de su representada no se encuentre inscrita ante el IMSS con un registro patronal deberá manifestarlo por escrito, adjuntando el formato de Opinión del Cumplimiento emitido por dicha institución.

- En caso de que su representada se encuentre dada de alta ante el IMSS y no cuente con personal inscrito, deberá presentar carta en la que manifieste que cuenta con personal, así como el formato de Opinión del Cumplimiento emitido por dicha institución.

(Escrito 2, fundamento en el que se sustenta el requerimiento).

- r) Escrito firmado donde manifieste que conoce el contenido del texto de la nota informativa para participantes de países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (O.C.D.E.) **(Escrito 1, fundamento en el que se sustenta el requerimiento).**
- s) Constancia de Inscripción al Registro Único de Proveedores y de Contratistas (RUPC).

6.2 Propuesta técnica y mecanismo de puntos y porcentajes

La Propuesta Técnica se integrará por lo siguiente:

- Documento donde se describa de manera clara y precisa, las características de los servicios requeridos en el **Anexo 1**
- Los rubros y subrubros del sistema de puntos que se asignarán a la evaluación de las Propuestas Técnicas se realizará conforme a lo siguiente:

a) Capacidad del Licitante

Consiste en la valoración que hará la convocante de los recursos técnicos que ofrezca el licitante para la prestación de los servicios requeridos. De igual manera se considerará a las personas con discapacidad o las empresas que cuenten con trabajadores con discapacidad o que produzcan sus bienes con innovación tecnológica. A este rubro se le otorgarán **24 puntos** los cuales están integrados de la siguiente forma.

CAPACIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
El licitante deberá acreditar que cuenta con 3 especialistas responsables de la atención del servicio, en la atención de seguros en el ramo solicitado, donde una persona atenderá siniestros, otra la operación y otra para resolver los problemas que no pudieran ser resueltos por las anteriores personas.	Hasta 3 años de experiencia = 1 pts	El licitante para acreditar este concepto deberá presentar curriculum vitae de cada una de las personas propuestas, en el que se detalle la experiencia en el ramo de seguros, señalando la empresa para la que ha prestado servicios, periodo (mes y año), dirección, nombre del contacto y teléfono (Datos indispensables, en caso de no venir los datos no se tomara en cuenta el curriculum). Tomando como referencia la fecha de la apertura de propuestas
	De 4 a 5 años de experiencia = 3 pts	
	Más de 5 años de experiencia = 5 pts	
El licitante deberá acreditar que cuenta con ejecutivos disponibles para la atención del servicio con participación en la resolución o tratamiento de problemáticas relacionadas con siniestros, operación, administración de seguros del ramo solicitado.	4 ejecutivos = 1 pts	El licitante para acreditar este concepto, deberá presentar por cada persona carta en hoja membretada firmada por el director de recursos humanos y por su representante legal de la aseguradora, en la que señale el nombre(s) del(los) ejecutivo(s) que estarán disponibles para atender la cuenta en caso de resultar ganadores con capacidad de respuesta para atender cualquier problemática relacionada con siniestros, operación, administración de seguros del ramo solicitado.
	De 5 a 6 ejecutivos = 3 pts	
	Más de 6 ejecutivos = 5 pts	

CAPACIDAD DE RECURSOS ECONÓMICOS Y EQUIPAMIENTO	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
b.1 Red de médicos y médicos especialistas. Es requisito indispensable que los licitantes cuenten con una red de médicos para ofrecer el servicio objeto de la presente licitación.	Menos de 1000 médicos y médicos especialistas = 1 pts	El licitante para acreditar este concepto deberá presentar la red de médicos con que cuente para prestar el servicio objeto de la presente licitación, señalando los datos de los médicos que conforman su red, así como datos de contacto, indicando la cobertura geográfica en el territorio nacional.
	De 1001 a 1500 médicos y médicos especialistas = 3 pts	
	Más de 1501 médicos y médicos especialistas = 5 pts	
b.2 Red de Hospitales. Es requisito indispensable que los licitantes cuenten con una red de hospitales para ofrecer el servicio objeto de la presente licitación.	Menos de 200 hospitales = 1 pts	El licitante para acreditar este concepto deberá presentar la red de hospitales con que cuente para prestar el servicio objeto de la presente licitación, la cual debe considerar los indicados en el anexo técnico , señalando los datos de los mismos, así como datos de contacto, indicando la cobertura geográfica en el territorio nacional.
	De 201 a 300 hospitales = 3 pts	
	Más de 301 hospitales = 5 pts	
b.3 Consultorios o módulos para atención. Es requisito indispensable que los licitantes cuenten con consultorios o módulos.	De 1 a 2 consultorios o módulos para atención a asegurados = 1 pts	El licitante para acreditar este concepto deberá presentar además del directorio de los consultorios o módulos con los que cuenta, en la República Mexicana, una carta donde el Hospital en donde se encuentran ubicados sus consultorios o módulos certifique este hecho.
	De 3 a 5 consultorios o módulos para atención a asegurados = 2 pts	
PARTICIPACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
Participación de discapacitados en la plantilla laboral del licitante en un (5%).	1 pts	El licitante deberá presentar aviso de alta de los trabajadores al régimen obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como constancia expedido por el Sector Salud de reconocimiento y calificación de discapacidad, para el caso de personas morales deberá cubrir una proporción del 5% cuando menos de la totalidad de su plantilla de empleados, cuya antigüedad no sea inferior a seis meses.
PARTICIPACIÓN DE MIPYMES	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
Participación de MIPYMES que produzcan bienes con innovación tecnológica relacionados directamente con la prestación del servicio.	0.5 pts	En su caso, el licitante deberá presentar constancia de registro emitida por el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial (IMPI) de haber producido los bienes que se utilizarán en la prestación del servicio objeto la presente licitación, la cual no podrá tener una vigencia mayor a cinco años.
POLITICAS DE IGUALDAD DE GENERO	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
Aplicación de políticas y prácticas de igualdad de género.	0.5 pts	En su caso, el licitante deberá presentar la certificación correspondiente emitida por las autoridades y organismos facultados para tal efecto, con las que se compruebe que el licitante ha aplicado políticas y prácticas de igualdad de género.

b) Experiencia y especialidad del licitante

Se refiere a los contratos celebrados por el licitante o en los que haya participado con los cuales demuestre que cuenta con la experiencia y conocimientos necesarios para proporcionar los servicios con las características descritas en la presente convocatoria. A este rubro se le otorgarán **12 puntos**, los cuales están integrados de la siguiente forma:

EXPERIENCIA DEL LICITANTE EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LIMPIEZA INTEGRAL ACREDITADA CON CONTRATOS O PEDIDOS	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
a.1) Experiencia.- Contratos y/o pólizas de servicios similares a los requeridos en el presente proceso de contratación que el licitante haya celebrado durante los últimos años.	1 a 2 Contratos = 2 Puntos 3 a 4 Contratos = 4 Puntos 5 o más Contratos = 6 Puntos	El licitante para acreditar este concepto, deberá presentar copia legible de contratos y/o carátulas de pólizas de los últimos 5 años (2013, 2014, 2015, 2016 y 2017) uno por año. En los que se acredite la prestación del servicio objeto de la presente licitación, similares en el monto de primas. Se aceptan contratos vigentes o concluidos. Tratándose de contratos plurianuales, sólo se considerará el tiempo efectivamente transcurrido.
ESPECIALIDAD CONTRATOS O PEDIDOS CON LOS QUE ACREDITE QUE HA PRESTADO SERVICIOS CON CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES SIMILARES	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
b) Especialidad.- Mayor número de contratos y/o pólizas con los cuales el licitante pueda acreditar que ha prestado servicios con las características similares y en condiciones similares a las establecidas en la presente convocatoria.	1 a 2 Contratos = 2 Puntos 3 a 4 Contratos = 4 Puntos 5 o más Contratos = 6 Puntos	El licitante para acreditar este concepto, deberá presentar copia legible de los contratos y/o carátulas de pólizas de servicios similares a los requeridos por la Convocante en el ramo de seguros de gastos médicos mayores colectivo, de salud y/o gastos médicos menores y de administración de fondos. El licitante deberá presentar cuando menos un contrato por año similares en el monto de primas.

c) Propuesta de trabajo

Consiste en evaluar conforme a los términos de referencia establecidos por la convocante, la metodología, el plan de trabajo y la organización propuesta por el licitante que permitan garantizar el cumplimiento del contrato. A este rubro se le otorgarán **14 puntos** los cuales están integrados de la siguiente forma:

PROPUESTA TÉCNICA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
a) Metodología para la prestación del servicio.	4	Escrito en papel preferentemente membretado firmado por su representante o apoderado legal en el que licitante presente describa la metodología que empleara en la prestación del servicio en caso de ser adjudicado, describiendo en forma amplia los diversos rubros de la misma considerando lo señalado en los estándares de servicio descritos en el anexo técnico; lo anterior con la finalidad de que la convocante puede conocer a detalle la propuesta y tenga los elementos suficientes de valoración.

PLAN DE TRABAJO PROPUESTO	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
<p>b) Plan de trabajo propuesto por el licitante El documento a través del cual el licitante señale el plan de trabajo propuesto, así como los tiempos y la forma a través del cual realizará la prestación del servicio.</p>	4	Escrito en papel preferentemente membretado firmado por su representante o apoderado legal en el que licitante presente el plan de trabajo que utilizaría en la prestación del servicio en caso de resultar adjudicado; la manifestación expresa de que la vigencia de prestación del servicio será a partir de las 12 horas del día 18 de febrero de 2018 a las 24 horas del día 31 de diciembre de 2018; detalle del procedimiento de siniestros personalizado para el INBA incluyendo tiempos y documentación necesaria que como máximo podrá exigir la asegurado para el pago de las indemnizaciones en los ramos y partidas requeridas; la aplicación de la metodología solicitada, así como los tiempos y la forma a través del cual realizará la prestación del servicio, incluyendo los que haya señalado en el rubro a) "capacidad de los recursos humanos" y b) "capacidad de los recursos económicos" más lo relativo al subrubro c.3) Esquema estructural de la organización de los Recursos Humanos. Lo anterior con la finalidad de que la convocante puede conocer a detalle la propuesta y tenga los elementos suficientes de valoración.
ESQUEMA ESTRUCTURAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
El licitante deberá presentar un organigrama en el cual se identifique el nombre, cargo o función del personal destinado a la prestación del servicio que se licita.	4	Escrito en papel preferentemente membretado, firmado por su representante o apoderado legal en el que licitante presente el Esquema estructural de la organización de los Recursos Humanos del licitante, identificando al personal que utilizara en la prestación del servicio en caso de ser adjudicado, así como el ejecutivo para la atención de la cuenta señalando el nombre, cargo, teléfono y correo electrónico y función del personal destinado a la prestación del servicio que se licita.

d) Cumplimiento de Contratos

Se ocupa de medir el desempeño o cumplimiento que ha tenido el licitante en la prestación oportuna y adecuada de servicios de la misma naturaleza al objeto de este procedimiento de contratación, que hubieren sido contratados por alguna dependencia, entidad o cualquier otra persona. A este rubro se le otorgarán **10 puntos**, integrados de la siguiente forma:

CARTAS DE SATISFACCIÓN O CANCELACIÓN DE GARANTÍAS	PUNTOS A OTORGAR	DOCUMENTACIÓN Y MÉTODO PARA ACREDITAR LA EVALUACIÓN
<p>a) Cumplimiento de Contratos. Cartas de cumplimiento de servicios similares a los requeridos en el presente proceso de contratación, que el licitante haya suscrito por cada año con su respectiva constancia de cumplimiento.</p>	<p>1 a 2 Contratos = 8 Puntos 3 a 4 Contratos = 10 Puntos 5 o más Contratos = 12 Puntos</p>	El licitante deberá incluir en su proposición las cartas de cumplimiento satisfactorio y oportuno del contrato por cada uno que haya exhibido en el rubro de especialidad que permitan vincular el cumplimiento del contrato que se menciona.

6.3 Propuesta económica

Elaborar su propuesta económica conforme al **Anexo A**, la cual deberá considerar:

- Que los precios serán fijos durante la vigencia del contrato.
- La propuesta económica será expresada en pesos mexicanos.

- El importe total cotizado deberá expresarse con letra y número.
- Descuento que el licitante esté en disposición de ofrecer.
- La falta de cotización de alguna de las partes que integran los conceptos, será motivo de descalificación, la adjudicación será por partida única.

7. CAUSAS PARA DESECHAR PROPUESTAS

El incumplimiento de cualquiera de los requisitos que se indican a continuación, será motivo para desechar la propuesta del licitante:

- a) Numeral 6.1 “Documentación legal y administrativa” Incisos **a), b), c), d), e), f), g), h), i), j), k), l), m), n), o), p)** y **q)**.
- b) Numeral 6.2 “Documentos que deben presentar los licitantes” Propuesta Técnica.
- c) Numeral 6.3 “Documentos que deben presentar los licitantes” Propuesta Económica **Anexo A**.
- d) La falta de cualquiera de los documentos y/o el incumplimiento de cualquiera de los requisitos que afecten la solvencia de la proposición.
- e) La comprobación de que algún licitante ha acordado con uno u otros elevar el costo de los servicios o cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener ventaja sobre los demás licitantes.
- f) Por cualquier violación a las disposiciones de la “LAASSP” en la materia, su Reglamento y los ordenamientos aplicables a la Administración Pública Federal y por la presentación de informes o datos falsos.
- g) Cuando alguno(s) de los documentos presentados como parte de su proposición resulten falsos, previa resolución del Órgano Interno de Control.
- h) Si se comprueba que en el lapso transcurrido entre el acto de apertura de ofertas y la formalización del contrato, cambia la situación económica o jurídica de la empresa licitante, de tal forma que le impida cumplir con lo ofertado.
- i) Si no firma su propuesta electrónicamente a través del sistema CompraNet.

8. INCONFORMIDADES

En términos de lo dispuesto por el Artículo 65 y 66 de “LAASSP”, y conforme a los Artículos 62, 79 y 80 del Reglamento interior de la Secretaría de la Función Pública, las personas podrán inconformarse por escrito contra los actos del procedimiento de la presente Convocatoria ante la Secretaría de la Función Pública en el domicilio ubicado en Avenida Insurgentes Sur Número 1735, Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón C.P. 01020, en la Ciudad de México, la cual conocerá de las inconformidades que se promuevan contra dichos actos del procedimiento de esta licitación.

La inconformidad será presentada, a elección del licitante, por escrito o a través de medios remotos de comunicación electrónica mediante el sistema CompraNet 5.0 a la dirección (<http://inconformidades.compranet.gob.mx/inconforweb/index.jsp>), o en las oficinas del OIC en el INBA, ubicado en Nueva York Número 224, Colonia Nápoles, Delegación Benito Juárez, C.P. 03810 en la Ciudad de México, por los actos que contravengan las disposiciones que rigen las materias objeto de la “LAASSP”.

En las inconformidades que se presenten a través de CompraNet 5.0, deberán utilizarse medios de identificación electrónica en sustitución de la firma autógrafa.

9. CASOS EN LOS QUE SE DECLARARÁ DESIERTA, SUSPENDERÁ O CANCELARÁ LA LICITACIÓN

9.1 La licitación se declarará desierta en los siguientes casos:

- a) Cuando la totalidad de las proposiciones presentadas no reúnan los requisitos solicitados.
- b) Cuando las propuestas presentadas rebasen el presupuesto autorizado para la presente licitación y “EL INBA” no esté en condiciones de efectuar reducciones conforme al Artículo 56 del “RLAASSP”.

9.2 La licitación se suspenderá en los siguientes casos:

- a) Se podrá suspender la licitación cuando la Secretaría de la Función Pública o el OIC, así lo determinen con motivo de su intervención y de acuerdo a sus facultades. La suspensión deberá de estar debidamente fundada y motivada.
- b) Una vez que desaparezcan las causas que motivaron la suspensión, se reanudará la misma, previo aviso a los licitantes.

9.3 Se procederá a la cancelación de la licitación

- a) Por caso fortuito;
- b) Por causa de fuerza mayor;
- c) Cuando existan circunstancias, debidamente justificadas, que provoquen la extinción de la necesidad de los servicios requeridos y que de continuarse con el procedimiento de contratación se pudiera ocasionar un daño o perjuicio a “EL INBA”.

Las causas que motiven la cancelación de la licitación se harán del conocimiento de los licitantes.

10. TRANSPARENCIA

El llenado de la encuesta de transparencia que aparece en el **Anexo M** de la presente convocatoria es opcional, por lo que, en el caso de no ser requerido, no será motivo de descalificación, sin embargo, es muy importante para “EL INBA” el llenado de dicha encuesta a fin de mejorar los procedimientos licitatorios y fomentar la transparencia.

ANEXOS Y ESCRITOS

- Anexo 1** Anexo Técnico
- Anexo 2** Modelo de contrato
- Anexo A** Propuesta económica
- Anexo B** Nacionalidad del licitante
- Anexo C** Solicitud de alta de beneficiario
- Anexo D** Acreditación de personalidad jurídica
- Anexo E** Correo electrónico del licitante
- Anexo F** Escrito referente a los Artículos 50 y 60 de la “LAASSP”
- Anexo G** Declaración de integridad
- Anexo H** Manifestación de estratificación
- Anexo I** Información confidencial, reservada
- Anexo J** Propiedad intelectual
- Anexo K** Escrito de confidencialidad
- Anexo L** No conflicto de interés
- Anexo M** Encuesta de transparencia
- Anexo N** Relación de documentos que deberán presentar los licitantes
- Escrito 1)** Nota informativa para participantes de países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (OCDE).
- Escrito 2)** Resolución miscelánea fiscal para 2018
- Escrito 3)** Solicitud de afiliación a cadenas productivas

ANEXO 1**ANEXO TÉCNICO****SERVICIO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA****CONDICIONES Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

_____ (nombre de la aseguradora) _____ DENOMINADA EN ADELANTE “LA COMPAÑÍA” SE COMPROMETE A INDEMNIZAR A EL INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA (INBA), DENOMINADO EN LO SUBSECUENTE "EL INSTITUTO" DE ACUERDO A LOS LÍMITES, COBERTURAS Y CLÁUSULAS DE ESTA ESPECIFICACIÓN, ASÍ MISMO ADMITE LA RESPONSABILIDAD DE EL ASEGURAMIENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, BAJO LAS CONDICIONES QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

ASEGURADO:

La presente póliza se expide a favor del INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA (INBA).

OBJETO:

El objeto de esta póliza es cubrir, proteger y resarcir a “EL INSTITUTO” y/o asegurados de los gastos en que incurran, con motivo de enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a un diagnóstico médico definitivo, dentro de los límites y condiciones establecidos en las cláusulas de esta especificación.

CARENCIA DE RESTRICCIONES:

La presente póliza no estará sujeta a restricción alguna por razones de residencia, ocupación, viajes, genero de vida de los asegurados, medios de transporte o cualquier otra circunstancia similar.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Este seguro opera sin requisitos de asegurabilidad, ni proceso de selección médica, sin llenado de cuestionarios o cualquier otro requisito similar que pudieran tener “LA COMPAÑÍA”, tanto para la cobertura básica, así como la suma asegurada potenciada.

El presente anexo comprende una partida con 2 (dos) Pólizas:

Se deberán emitir dos pólizas diferentes conforme a lo siguiente:

Partidas	Tipo de Seguro
Póliza 1	Seguro de Gastos Médicos Mayores para Mandos Medios y Superiores.
Póliza 2	Seguros de Gastos Médicos Mayores para el personal Artístico por Honorarios Servicio de Fondo de Administración. Seguro de Vida para el Ballet de la Compañía Nacional de Danza

PARTIDA 1

POLIZA 1

SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES PARA MANDOS MEDIOS Y SUPERIORES

Vigencia de las 12:00 horas 18 de febrero de 2018 a las 24:00 horas al 31 de diciembre de 2018.

CONDICIONES

CONCEPTO

DESCRIPCIÓN

1.1.1. Colectividad Asegurada:

Servidores Públicos Superiores y de Mandos Medios del Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura, así como cónyuge, concubina, concubinario y/o pareja del mismo sexo e hijos dependientes económicos.

Se entenderá como concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, a todas aquellas personas que reúnan dichas características en términos de la legislación civil vigente.

1.1.2. Tipo de plan:

- Con cobertura Nacional con aplicación de deducible de 1.5 UMA MENSUAL y coaseguro del 8% (con tope de \$30,000.00 treinta mil pesos) y Honorarios Quirúrgicos de 50 UMA MENSUAL.
- Emergencia en el Extranjero con suma asegurada de \$50,000.00 Dlls y deducible de \$50.00 Dlls sin aplicación de coaseguro del 20%. y Honorarios Quirúrgicos de "UCR" (Usual, Customary and Reasonable).

1.1.3. Riesgos cubiertos:

Accidentes, Enfermedades y Urgencias.

1.1.4. Relación de asegurados:

Anexos 1 Bis. Se entrega en formato Excel

1.1.5. SUMA MENSUAL Aseguradas:

Parámetros de la cobertura del Seguro de Gastos Médicos Mayores	
	Suma asegurada en UMA MENSUAL
Jefe de Departamento	111
Subdirector de Área	148
Director de Área	185
Subdirector General	222
Director General	259

1.1.6.1. Definiciones:

1.1.6 Edades de Aceptación:

Para asegurados titulares sin límite de edad

Para cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo del asegurado titular hasta setenta y nueve años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en el que el asegurado cumpla los 80 años.

Para hijos dependientes económicos desde el nacimiento hasta los 24 años de edad cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en que el asegurado cumpla los 25 años de edad.

Para los ascendientes del asegurado titular, aceptación hasta sesenta y nueve años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en el que el asegurado cumpla los 80 años.

1.2. CLAUSULADOS

CONCEPTO

DESCRIPCIÓN

1.2.1. Tipo de cobertura:

Seguro de gastos Médicos Mayores

Nivel Hospitalario	Alto
Deducible Nacional	1.5 UMA MENSUAL
Coaseguro Nacional	8% con tope de \$30,000.00
Honorarios Quirúrgicos	50 UMA MENSUAL

El tope de coaseguro aplica por enfermedad.

1.2.2. Preexistencia:

Incluida sin periodo de espera.

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.

Dichos padecimientos se cubrirán 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, en cuyo caso se sujetara a lo indicado en el pago de complementos de siniestros.

Esta Cobertura no aplica para los ascendientes, los ascendientes se les cubrirá la preexistencia solamente en el caso en que la primera manifestación se haya presentado estando asegurados en la póliza contratada por el INBA para el pago de complementos.

1.2.3. Pago de reclamaciones complementarias:

La compañía aseguradora cubrirá las reclamaciones iniciadas en vigencias anteriores de esta póliza, por enfermedades y/o accidentes cubiertos por la misma, bajo las siguientes condiciones:

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) vigencia(s) anterior(es), contratadas por El INBA para proteger a la misma colectividad de la presente póliza.

Los gastos médicos que se eroguen quedarán 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 o hasta la fecha de cancelación del correspondiente certificado individual, lo que ocurra primero.

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, considerando las condiciones y características de cada una de las pólizas.

1.2.4. Periodo máximo de beneficio:

Hasta el agotamiento de la suma asegurada o en caso de no renovarse la póliza, la aseguradora no cubrirá los gastos efectuados después de la fecha de término de vigencia aun cuando la reclamación se haya iniciado dentro del periodo de vigencia.

1.2.5. Reconocimiento de antigüedad:

Se reconoce la antigüedad de cada asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, siendo la fecha de vigor el inicio de la primera expedición de una póliza de gastos médicos mayores en una institución mexicana de seguros, siempre y cuando haya tenido periodos continuos de cobertura, y no haya tenido periodos al descubierto mayores a 30 días. El reconocimiento de antigüedad se otorga únicamente para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicha condición; será reducción o eliminación de acuerdo al periodo que se haya tenido cubierto en otra aseguradora.

A la Aseguradora adjudicada se le entregará el listado donde se muestre la antigüedad de cada uno de los empleados, así como la fecha de ingreso.

Para las altas posteriores la aseguradora podrá solicitar la constancia de antigüedad de la aseguradora anterior o la última caratula de la póliza con el recibo de pago con la intención de confirmar la fecha de antigüedad.

1.2.6. Reinstalación automática de suma asegurada:

En caso de que por algún accidente o enfermedad cubierto llegase a disminuir o agotarse la suma asegurada, ésta se reinstalará hasta por otro tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.

1.2.7. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA):

Tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el asegurado afectado por el SIDA o cualquier tratamiento relacionado con él, sin periodo de espera para aquellos asegurados que tengan una antigüedad de más de 4 años en la colectividad asegurada al inicio de la vigencia de la póliza; para los asegurados que al inicio de la vigencia de póliza no cuenten con los 4 años su periodo de espera será el tiempo que resulte necesario para cumplir los 4 años; para las altas posteriores se tendrá un periodo de espera de 4 años

incluyendo a los asegurados que lo hubieran adquirido de las madres infectadas durante la gestación.

1.2.8. Operación cesárea y/o parto:

Gastos originados por la operación cesárea y/o parto entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en la intervención quirúrgica y los gastos de hospitalización. Con suma asegurada de máximo 33 UMA Mensual sin deducible ni coaseguro. No hay límite de edad para las titulares y/o cónyuges y/o concubinas. Este beneficio no se incluye para las hijas ni la madre del asegurado titular. No se cubren gastos del recién nacido sano

1.2.9. Complicaciones del embarazo: Con límite hasta la suma asegurada de la cobertura básica contratada

Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio: embarazo extrauterino, toxicosis gravídica, eclampsia, preclamsia, mola hidatiforme o embarazo molar, aborto natural, fiebre puerperal y cualquier complicación con placenta. Cualquier otra complicación no quedará cubierta.

1.2.10. Padecimientos congénitos:

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 en cuyo caso serán considerados como complementos de siniestros y sujetarse a lo indicado en la presente póliza.
- c) El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza

Se entenderá por enfermedad congénita toda 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, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

1.2.11. Deportes:

Se encuentra amparado los accidentes y/o enfermedades resultantes de la práctica amateur u ocasional de cualquier deporte.

1.2.12. Tratamientos oftalmológicos:

Se cubrirán hasta 15 UMA MENSUAL, sin aplicación de deducible y coaseguro, por 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, epiqueratofaquía y similares, siempre y cuando el asegurado tenga más de 2 dioptrías en cualquiera de los ojos y limitado a un máximo de 3 eventos durante la vigencia de la póliza.

En caso de que se operen ambos ojos el máximo a pagar será de 15 UMA MENSUAL.

1.2.13. Privilegio de conversión:

Cualquier asegurado que haya dejado de pertenecer a la colectividad asegurada o sea dado de baja de esta póliza durante la vigencia del contrato, tendrá el derecho de solicitar por escrito dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha a que han sido dados de baja, se expida una póliza de GMM individual quedando a su cargo el pago de la prima correspondiente, sin requisitos de asegurabilidad, bajo condiciones y costos similares de la póliza contratada por el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura conforme a los planes individuales que opere la aseguradora, las cuales deberán ser respetadas durante la vigencia de la póliza colectiva, salvo por aquellos cargos o conceptos referentes a expedición de pólizas y forma de pago, pudiendo solicitar la compañía el pago por estos conceptos en los términos y montos de la colectividad y en su caso el pago de primas totales o el cargo por fraccionamiento.

En caso que el asegurado tenga una reclamación y opte por la individualización, se seguirá pagando bajo las condiciones y endosos de la póliza donde se aceptó el siniestro, esto operará siempre y cuando no haya periodos al descubierto por más de 30 días.

Este privilegio aplicará para todos los miembros de la colectividad con derecho a renovación vitalicia.

1.2.14. Pago directo:

El Sistema de Pago Directo considerado en esta póliza opera, para los casos en que el Asegurado requiera atención médica o ingreso a un hospital y obtenga los servicios de médicos y hospitales de la Red Médica, en los casos que se indican a continuación:

I. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

Trámite. - El beneficio de Reporte en el Hospital se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al hospital de la Red Médica, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación y su estancia es mayor a 24 horas.

El beneficio también podrá operar en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante forme parte de la Red Médica.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o del Médico Tratante, la aseguradora por conducto de un

médico, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte del Asegurado y si el médico tratante forma parte de la Red Médica.

La aseguradora podrá nombrar un médico para verificar en el hospital en el que se encuentre internado, la enfermedad o accidente del Asegurado.

1.2.15. Cirugía programada:

La aseguradora estará obligada a la programación de la cirugía, a más tardar en 2 días hábiles después de la entrega de:

Aviso de accidente o enfermedad.

Informe médico

Estudios que confirmen el diagnóstico.

1.2.15.1. Estudios programados

Siempre y cuando existe una receta médica y/o enfermedad, ya sea para seguimiento o confirmación del padecimiento

1.2.16. Pago de deducible y coaseguro:

Cuando el asegurado no utilice ni médicos ni hospitales de la red estará obligado a pagar Deducible y Coaseguro, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

En caso de ocupar médicos y/o hospitales de convenio se elimina el deducible y el coaseguro, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

En caso de ocupar médicos de convenio y no haber requerido hospitalización se elimina el deducible y el coaseguro, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

Cuando el asegurado utilice un médico no de red y un hospital de red, y el médico acepte los tabuladores de la aseguradora, no se pagará deducible y coaseguro, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

En los casos que el asegurado se presente de urgencia a un hospital en convenio y le asigne un médico de su plantilla, no se pagará deducible y coaseguro, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

1.2.17. Reembolso:

Cuando el médico tratante y el hospital o sanatorio no sean de convenio, el Asegurado tendrá la obligación del pago del deducible y del coaseguro.

En caso de ocupar médicos y hospitales de convenio se elimina el deducible y el coaseguro en todo siniestro incluyendo el primer gasto o reembolso, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

-
- 1.2.18. Padecimientos cubiertos sin periodo de espera: Esta póliza, no contempla padecimientos con periodo de espera, salvo lo establecido en el numeral 1.2.7.
- 1.2.19. Accidentes y enfermedades de Nariz: Se cubren los tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales derivados de un accidente o enfermedad, siempre y cuando se compruebe, que fueron derivados de un accidente o enfermedad. Para ello el asegurado deberá presentar previo a la cirugía información sobre los hechos relacionados con dicho accidente o enfermedad, tales como: radiografías, historia clínica completa, fotografías y, en su caso, una segunda opinión de médico convenido quien de ninguna manera participará en la atención del evento.
- 1.2.20. Ambulancia terrestre y aérea: Gastos de transporte de ambulancia, terrestre o aérea, dentro de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al asegurado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado.
- El tipo de ambulancia depende del estado de gravedad del asegurado pudiendo ser: terapia intensiva, terapia intermedia o estándar según sea el caso.
- Esta cobertura siempre opera bajo el sistema de pago vía reembolso.
- 1.2.21. Altas de asegurado: Las personas titulares, cónyuge o, en su caso, su concubina o concubinario o pareja del mismo sexo e hijos que posteriormente a la celebración del contrato ingresen a la colectividad asegurada, se comunicaran por escrito a la aseguradora reconociéndose antigüedad desde su fecha de ingreso con excepción a aquellos que acrediten una antigüedad no interrumpida con otra aseguradora.
- Los hijos nacidos dentro de la vigencia de la póliza quedan automáticamente cubiertos y se pagará la prima correspondiente de acuerdo a la administración de la póliza.
- Para las altas y bajas deberá proporcionar un correo de contacto para agilizar el trámite.
- Las altas del asegurado de nuevo ingreso y sus dependientes deberán realizarse a más tardar a los 30 días siguientes del ingreso del mismo.
- 1.2.22 Tratamientos Dentales Tratamientos dentales, alveolares o gingivales por enfermedad, ortodoncia, con un tope de 5 UMA MENSUAL por año por asegurado. Se excluyen: ortopedia maxilar y prótesis dental.
- 1.2.23 Lentes extra oculares La Aseguradora pagará hasta 1.5 UMA MENSUAL para ayuda de lentes extra oculares, por asegurado por vigencia.
- 1.3. FORMAS DE PAGO
- 1.3.1. Cobertura básica: Anual para:

Servidores públicos Superiores y Mandos Medios del Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura, así como cónyuge, concubina, concubinario y/o pareja del mismo sexo, e hijos dependientes.

La prima la pagará El INBA.

1.3.2. Cobertura para Ascendientes:

Los ascendientes pueden ingresar en Descuento por nómina.

El servidor público puede voluntariamente con cargo a sus percepciones, incrementar la suma asegurada de manera limitada conforme a las disposiciones aplicables en la materia.

Adicionalmente, podrá hacer extensiva la suma asegurada básica y, en su caso, la suma asegurada potenciada, a que se refiere el párrafo anterior para proteger a sus ascendientes en primer grado; en ambos casos, el servidor público deberá pagar la prima correspondiente mediante descuento vía nómina que le aplique al Instituto.

Pago de forma quincenal (veinte quincenas al año):

La prima correspondiente a la incorporación en la póliza básica de los ascendientes del titular, siendo esta de carácter opcional, a petición expresa del asegurado titular, con los mismos beneficios y la misma tarifa que se ofrezca para la colectividad, los pagos se efectuaran vía descuento en nómina quincenal Cubriendo la prima el asegurado titular.

Para el caso de las primas de ascendientes incorporados, la aseguradora ganadora deberá entregar recibos fiscales por el importe de la prima total pagada más I.V.A. a nombre del contratante de la póliza (personal de mando o empleado) quien cubre el monto de la misma, a más tardar dentro de los 15 días hábiles siguientes al pago de la última retención.

Los cheques emitidos por la Aseguradora por concepto del pago de reembolsos deberán ser a nombre del empleado del Instituto, contratante de la póliza, mismo que cubre el costo total de la póliza a través del descuento vía nómina.

1.4. POTENCIACION

1.4.1. Potenciación:

No estará sujeta a un mínimo de participantes para su suscripción, y será obligatoria su aceptación para la Compañía Aseguradora. La administración de la póliza se hará de acuerdo a las altas y bajas en el momento.

Es una condición no puede haber potenciación sin póliza básica.

No se cobra derecho de póliza.

La potenciación puede ser individual, por cada uno de los beneficiarios integrantes de la póliza, no es indispensable potenciar a todos los integrantes del certificado individual.

La potenciación cubre preexistencias siempre y cuando el inicio del padecimiento se haya presentado a partir del inicio de la contratación de la potenciación de la cobertura, no importando la Aseguradora en la cual dio inicio dicho padecimiento, se dará continuidad a la cobertura; siempre y cuando se compruebe por parte del Asegurado a la aseguradora el pago de la prima correspondiente durante la última vigencia.

La potenciación cubre solo nuevos padecimientos, no cubre padecimientos que hayan iniciado previos a la contratación de la cobertura por primera vez.

La comprobación de que existe una contratación de potenciación previa es mediante el recibo de nómina.

La contratación de la suma asegurada potenciada será a más tardar 90 días naturales posteriores al inicio de vigencia, otorgando 30 días más en caso de altas en la póliza. Por lo que una vez rebasado este periodo de 120 días ya no habrá contratación de potenciaciones.

1.4.2 Incremento de Suma Asegurada:

Incremento de suma asegurada en UMA MENSUAL
295
333
444
592
740
1000
2000
3000
4000
5350

1.4.3. Forma de pago de la potenciación (Incremento de suma asegurada):

Prima quincenal (20 quincenas) a cargo del asegurado titular vía descuento por nómina, es opcional y no estará sujeta a un mínimo de participantes para su suscripción.

La aseguradora deberá entregar:

El listado de los asegurados que aceptaron la potenciación con las primas a descontar por cada uno de ellos.

Recibos fiscales por el importe de su prima más I.V.A. a nombre del asegurado titular empleado del INBA que cubre el costo de la misma a más tardar dentro de los 15 días hábiles siguientes al pago de la última retención.

La tarifa de la potenciación deberá ser siempre inferior a la tarifa de la suma asegurada básica.

Para las primas de potenciación se tendrán 90 días de gracia para el pago de las mismas.

1.5. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

1.5.1. Gastos de hospital o sanatorio representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos.

1.5.2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el hospital o sanatorio.

1.5.3. Medicamentos adquiridos para el Asegurado dentro o fuera del hospital, siempre que sean prescritos por el médico tratante mediante receta y se anexen a la reclamación la factura o ticket fiscal de la farmacia con copia de la receta.

1.5.4. Honorarios Médicos por Intervención Quirúrgica. Es el valor monetario de los servicios médicos que la Institución ha fijado para el pago de intervenciones quirúrgicas o médicas por cada Evento cubierto y que quedarán sujetos a los porcentajes anotados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.).

En caso de tratarse de médicos en convenio con la aseguradora, los mismos se sujetarán al tabulador que esta tiene negociada con ellos mediante el procedimiento de pago directo.

En caso de que el médico tratante no fuera de la red y se adhiera al tabulador de la aseguradora se considera como médico de red y por tanto como pago directo

1.5.4.1. Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

1.5.4.2. Los honorarios del primer ayudante se cubrirán hasta el 20% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

1.5.4.3. Los honorarios del segundo ayudante se cubrirán hasta el 10% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

1.5.4.4. Los honorarios del instrumentista se cubrirán hasta el 10% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

1.5.4.5. El monto estipulado para cada uno de los procedimientos indicados en la Tabla de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, incluye las visitas y consultas post-operatorias, por lo que no se cubrirán gastos adicionales por estos conceptos.

1.5.5. Los honorarios por consultas o visitas médicas aplican para cualquier accidente, enfermedad o emergencia cubierta en esta póliza.

Se cubren también los Honorarios de Médicos homeópatas siempre y cuando tengan cédula profesional para ejercer la homeopatía.

1.5.6. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su oficio, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante aplican para cualquier accidente, enfermedad o urgencia cubierta en esta póliza. Esta cobertura opera máxima 30 días y no más de 3 turnos al día.

1.5.7. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.

1.5.8. Equipo de anestesia.

1.5.9. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.

1.5.10. Gastos originados por la estancia del Asegurado en terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, así como los servicios de médicos especializados.

1.5.11. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radiactivos, electrocardiografía, electroencefalografía y, cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto, siempre que sea prescrito por el médico tratante y que tenga relación directa con el padecimiento y exista un diagnóstico definitivo.

1.5.11.-A. Cinco estudios médicos con pago directo, para detectar y/o confirmar algún padecimiento, previa solicitud por escrito del área requirente.

1.5.11.1. ACCIDENTE AMPARADO. Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, y violenta que provoquen lesiones corporales, físicas o mentales al Asegurado titular o a su cónyuge, o en su caso, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo o a sus hijos o sus padres, siempre y cuando ésta póliza se encuentre en vigor y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en la misma.

Las lesiones que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de los señalados en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideraran como el mismo Accidente Amparado que les dio origen.

Las lesiones producidas que requieran atención médica del Asegurado deben manifestarse dentro de los 120 días siguientes a la fecha de ocurrido el acontecimiento.

En caso de accidente la acumulación de gastos médicos que se generen, deberá de rebasar el monto del deducible contratado para que la reclamación sea procedente.

Tratándose de un accidente amparado no se aplica deducible ni coaseguro.

Se cubre el asalto como accidente hasta la suma asegurada básica contratada, siempre y cuando el asegurado no sea el asaltante.

1.5.11.2. ENFERMEDAD AMPARADA. Toda alteración en la salud que sufra el Asegurado titular o su cónyuge, o en su caso, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo o sus hijos o sus padres, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor y no provenga de causa expresamente excluida por la misma.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma Enfermedad Amparada que les dio origen.

En los casos que sea atendida la enfermedad en pago directo, con hospitales y/o médicos de convenio, no aplicara el pago de deducible ni coaseguro, en estos casos las reclamaciones complementarias tampoco estarán sujetas al pago de los mismos.

1.5.11.3. URGENCIA AMPARADA. La aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad

inminente de atención por parte del Asegurado titular o su cónyuge, o en su caso, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo o sus hijos o sus padres

Es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte, pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores.

1.5.12. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos) o cualquier otro que se prescriba por el médico tratante a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.

1.5.13. Gastos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, dentro de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al Asegurado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado y en su caso del hospital al aeropuerto y viceversa.

1.5.13.1. El servicio de transportación en ambulancia aérea se proporcionará en los términos siguientes: Traslado de aeropuerto a aeropuerto, aeropuerto hospital y viceversa, cuando el Asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad y/o accidente cubierto por la presente póliza y que por prescripción médica se considere estrictamente necesario por no poder ser atendido en el lugar en que ocurrió esta.

1.5.14. Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubierto.

1.5.15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza, así como las prótesis de requerirse.

1.5.16. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y/o prótesis que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente. Con tope de la suma asegurada básica contratada.

1.5.17. Máximo cuatro Consultas postoperatorias, entendiéndose por éstas, las comprendidas entre la cirugía y los 30 días siguientes.

1.5.18. Hospitales en Convenio

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, de que mantendrá en vigor su contrato de prestación de servicio durante la vigencia de la póliza cuando menos con los siguientes hospitales en la República Mexicana y que tiene la capacidad instalada para dar atención en los hospitales que conforman su red médica. Se adjunta disco con los hospitales en Excel.

Grupo Hospitalario	Hospital	Ciudad
Grupo Ángeles	Del Pedregal Metropolitano México Español Mocel	CDMX
	De Interlomas	Estado de México
Médica Sur Dalinde	Tlalpan Lomas Verdes	CDMX DF /MTY
	Centro Médico Dalinde	CDMX

Grupo Hospitalario	Hospital	Ciudad
	San Ángel Inn Chapultepec San Ángel Inn Sur HMG Coyoacán	
Muguerza	Alta Especialidad Sur Conchita	Monterrey
Médica Sur	Reynosa Saltillo Del Parque	Reynosa Saltillo Chihuahua Mty, Chih, Rey, Salt
Puerta de Hierro	Norte Sur	Guadalajara
Muguerza San Javier	Tepic	Tepic
	Guadalajara Marina Vallarta	Guadalajara Puerto Vallarta

1.5.18.1 Los hospitales señalados en los numerales anteriores deberán ser los mínimos contemplados por la compañía aseguradora, por lo que deberán presentar las relaciones de hospitales con los que tengan convenios celebrados, en la que deberán incluir los antes indicados.

1.5.18.2 Se requieren los nombres y datos de contacto (correo electrónico y teléfonos oficina, celular y radio) de los médicos coordinadores de la Ciudad de México y del Estado de México que serán los responsables de la atención de esta póliza. En caso de que estos médicos se cambien durante la vigencia debe notificarse al Instituto.

1.5.18.3 Se requiere un mínimo de 3 hospitales, donde no se pida depósito de ingreso y se brinde una atención especializada a los asegurados de este Instituto.

1.5.18.4 La “compañía” deberá contar por lo menos con 4 consultorios o módulos para atención de asegurados en la Ciudad de México, lo cual deberá acreditar.

1.6. EXCLUSIONES

1.6.1 Peluquería, barbería, pedicurista, tratamientos para la calvicie, así como la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.

1.6.2. Cirugía para cambio de sexo.

1.6.3. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o cirugía plástica, excepto las reconstrucciones que resulten a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta.

1.6.4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus, excepto cuando son a consecuencia de un tratamiento estético.

1.6.5. Tratamientos dietéticos y de obesidad.

1.6.6 Curas de reposo. O exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud o check up.

1.6.7. Lentes de contacto, excepto lo específicamente cubierto o que resulten a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta.

1.6.8. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos, excepto que resulten a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta.

1.6.9 Tratamientos para la fertilidad, esterilidad, control de la natalidad ni sus complicaciones.

1.6.10. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la presente póliza, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición.

1.6.11. Alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como estado de enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; y, en general, cualquier estudio y/o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico; independientemente de sus orígenes y consecuencias.

1.6.12. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.

1.6.13. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación.

1.6.14. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

1.6.15. Actos delictivos en los que el Asegurado participe intencionalmente; ni aquéllos derivados de riñas o peleas que el Asegurado haya sido el provocador. Excepto las lesiones producidas por asalto (notificadas al Ministerio Público).

1.6.16. Servicio militar de cualquier clase o participación en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.

1.6.17. Práctica profesional de cualquier deporte.

1.6.18. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo de motor en competencia, entrenamientos, carrera, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelos sin motor.

1.6.19. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.

1.6.20. Gastos por gestión administrativa en hospitales.

1.6.21. Servicio de acompañantes en el traslado del asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.

1.7 PRELACION

1.7. Las condiciones particulares o especiales de aseguramiento, así como las modificaciones o adecuaciones derivadas del proceso de la licitación pública nacional, prevalecerán sobre las condiciones generales de la aseguradora que proporcione el servicio, en todo lo que pudiera oponerse siempre y cuando no contravengan las disposiciones legales vigentes.

1.8. ESTANDARES DE SERVICIO

1.8.1. TIEMPOS DE RESPUESTA:

La compañía aseguradora deberá entregar por escrito y bajo protesta de decir verdad dentro de su propuesta que se obliga a cumplir con los siguientes estándares y condiciones de servicio.

Los estándares de servicio a nivel nacional para el Seguro de Gastos Médicos Mayores para El INBA, deberán ser los siguientes:

Pago Directo	⇒
*Cirugía Programada	⇒
*Reembolsos	⇒

Tiempo de Respuesta Máximos
Dentro de las 24 hrs. (veinticuatro horas) siguientes a la notificación del evento a la aseguradora.
2 (dos) días hábiles
5 (cinco) días hábiles

*Nota: La aseguradora deberá dar respuesta en máximo 5 (cinco) días hábiles a partir de que recibe la documentación completa para su dictamen y una vez que se cuenta con sello o firma de recibido (el horario mínimo de atención deberá ser de 9:00 a 17:00 todos los días hábiles).

En todos los casos, el tiempo de respuesta comenzará a correr a partir de que la aseguradora cuente con toda la información necesaria para realizar el dictamen y pago correspondiente.

Para las altas y bajas deberá proporcionar un correo de contacto para agilizar el trámite

1.8.2. DIRECTORIO DE MÉDICOS Y HOSPITALES:

La compañía aseguradora que resulte ganadora deberá presentar por escrito en papel membretado y en archivo electrónico en Excel en un plazo no mayor de 5 días hábiles a partir del fallo, el Directorio de Médicos y Hospitales en convenio a nivel nacional, en el que deberá contemplar cuando menos lo señalado en el numeral 1.5.18., así mismo deberá de remitir cuando menos cada tres meses el archivo electrónico al representante que para tal efecto sea designado por la Dirección de Personal del INBA con las actualizaciones correspondientes a dicho directorio.

Adicionalmente deberá de indicar en su caso el nombre del coordinador médico de cada una de las plazas (Zona Metropolitana, Monterrey y Guadalajara) domicilio, número telefónico y correo electrónico, así como cuales deberán ser las funciones y responsabilidades de esta persona. En caso de alguna modificación, se deberá notificar a la persona designada por la Dirección de Personal del INBA.

1.8.3. IDENTIFICACIÓN DE ASEGURADOS:

La compañía deberá entregar credenciales personalizadas a cada uno de los asegurados en las que deberá señalar como mínimo el nombre del asegurado, número de póliza, vigencia, suma asegurada y antigüedad, en caso de existir potenciación deberá expedirse con la suma asegurada total (es decir la cobertura básica más potenciación la suma de ambas). En una sola credencial.

Estas credenciales deberán entregarse junto con los certificados y la póliza.

En caso de altas posteriores a la emisión de la póliza, los certificados y credenciales deberán de ser entregadas en los siguientes 15 (quince) días hábiles posteriores a la notificación de los mismos, en las mismas condiciones del párrafo de esta cláusula.

1.8.4. PROCEDIMIENTOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN:

Deberán señalarse de manera clara los procedimientos para el trámite de una reclamación, los cuales deberán contemplar cuando menos las siguientes consideraciones:

1.8.4.1. Procedimiento para pago directo no programado:

Cuando la aseguradora recibe el reporte hospitalario, una vez que el Asegurado se encuentra en el hospital en convenio.

Mecanismo de identificación del asegurado como beneficiario, el cual será la credencial emitida por la EI INBA y/o Identificación oficial vigente.

Mecanismo de reintegro de depósito o garantías solicitadas por los hospitales.

Mecanismos de admisión y aviso a la Compañía Aseguradora.

Forma y procedimiento de atención de los coordinadores médicos y autorización del pago.

Formas de aviso en caso de no estar cubierto el evento (accidente o enfermedad) en la póliza y las formalidades que deberá reunir este aviso.

1.8.4.2. Cirugía corta estancia:

Todas las hospitalizaciones que vayan a realizarse por un lapso de unas cuantas horas, es decir que el paciente ingrese y egrese el mismo día del hospital, deberán tramitarse bajo el esquema de Cirugía Programada o Pago Directo Programado. Para el caso de emergencias médicas de corta estancia deberán tramitarse vía reembolso.

1.8.4.3. Cirugía Programada:

Deberá considerar cuando menos lo siguiente:

En los casos de utilizar servicios médicos y hospitales de convenio con la Aseguradora, se deberá considerar el mecanismo de pago directo.

Para programar una cirugía, el asegurado sólo debe realizar el siguiente trámite:

Obtener de la aseguradora los siguientes documentos:

Aviso de Accidente, Enfermedad o equivalente.

Informe Médico o equivalente.

Solicitar al médico tratante que requisiere completamente el "Informe Médico" o equivalente.

Solicitarle al Médico tratante el presupuesto de sus honorarios, si éste no es de convenio.

Requisitar el asegurado el Aviso de Accidente, Enfermedad o equivalente.

Elegir el asegurado, junto con el Médico, el hospital de convenio en que será atendido.

Enviar los documentos anteriores acompañados de estudios que corroboren el padecimiento, accidente o enfermedad.

Se deberá señalar el plazo previo al que se deberá presentar la información y estudios relativos a la cirugía programada, el cual no deberá ser mayor a 5 (cinco) días hábiles, así como la documentación que se requiera adicionalmente.

Respecto al mecanismo de autorización de cirugía programada, en caso de proceder, la Aseguradora otorgará por escrito la autorización correspondiente.

Si el asegurado decide atenderse con un médico y/o hospital que no esté en convenio con la aseguradora, deberá pagar los gastos que no sean de convenio y posteriormente, realizar el trámite de pago por reembolso.

1.8.4.4. Mecanismo de Pago por reembolso:

Dentro de la descripción del procedimiento para pago por reembolso se deberá de presentar el mecanismo propuesto el cual deberá de considerar como máximo la documentación y requisitos siguientes:

Formato de "Solicitud de Reembolso del Seguro de Grupo o Colectivo de Gastos Médicos Mayores" o equivalente.

Formato de " Aviso de Accidente, Enfermedad" o equivalente.

En padecimientos iniciales, el formato de "Informe Médico" o equivalente.

Notas de farmacia acompañadas de la copia fotostática de la receta médica correspondiente y especificando cada uno de los medicamentos comprados.

Facturas del hospital indicando el desglose de cada concepto que se está cobrando.

Recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos especificando claramente el concepto que se está cobrando.

Estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, electroencefalograma, ultrasonido, electrocardiograma, etc.

En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano; será necesario el reporte de histopatología.

La aseguradora deberá especificar si se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran exclusivamente para valorar el caso.

La aseguradora deberá notificar vía correo electrónico a la persona designada por El Instituto cuando tenga a disposición los cheques generados por concepto de reembolsos solicitados por los empleados del INBA, esta notificación se tomará con carácter oficial.

1.8.5. PROYECTO PÓLIZA:

La compañía aseguradora deberá de entregar en hoja membretada, este anexo técnico más las condiciones generales a cada uno de los asegurados titulares comprometiéndose la aseguradora a la entrega de la póliza, los certificados y credenciales, en los siguientes 15 (quince) días naturales posteriores a la notificación de los mismos.

1.9. CONDICIONES ADICIONALES

1.9.1. RECIBOS:

La compañía aseguradora deberá de entregar dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes contados a partir de que El INBA notifique el monto retenido por la quincena correspondiente, los recibos provisionales por

concepto de pago de las retenciones que efectúe El INBA a sus empleados por las primas de potenciación y de ascendientes, a fin de estar en posibilidades de efectuar el pago correspondiente a la compañía aseguradora, en caso de no cumplirse con estos plazos no habrá responsabilidad para El INBA en el pago respectivo, debiéndose mantener las condiciones y vigencia de la póliza.

1.9.2. SINIESTRALIDAD:

La compañía aseguradora deberá de entregar dentro de los primeros 5 (cinco) días naturales del mes siguiente, la siniestralidad observada en cada mes, durante la vigencia del contrato y deberá remitirse vía correo electrónico al representante que para tal efecto sea designado por la Dirección de Personal del INBA.

1.9.3. COMUNICACIÓN A LOS ASEGURADOS:

La compañía aseguradora deberá de realizar pláticas informativas a los asegurados sobre las condiciones de la póliza, en un plazo no mayor a dos semanas a partir de la entrega de los certificados y credenciales y dichas pláticas serán coordinadas por el área de personal.

Asimismo, deberá entregar un folleto que contenga las condiciones generales de la póliza del Instituto.

La aseguradora ganadora, deberá entregar a cada titular, un folleto informativo de que hacer, en caso de siniestro.

1.9.4. AJUSTE DE MOVIMIENTOS:

La compañía aseguradora deberá enviar al área de personal durante los 15 días hábiles siguientes al término de la vigencia, el resumen de movimientos realizados durante la vigencia de la póliza con el objeto de tener un ajuste final de acuerdo a lo siguiente:

Movimientos de altas

$$\text{Prima a cargo del Instituto} = \frac{PA}{T} \times DA$$

Movimientos de bajas

$$\text{Prima a favor del Instituto} = \frac{PA}{T} \times DB$$

PA= Prima Anual

T= Tiempo (que se considerara 245 días que son los que dura la vigencia)

DA= Días activos en la póliza contados a partir de la fecha de alta del asegurado y hasta el término de la vigencia o fecha de baja

DB= Días activos en la póliza contados a partir del inicio de la vigencia o fecha de alta y hasta la baja del asegurado.

Una vez conciliadas las cifras, la Aseguradora tendrá 5 días hábiles para emitir el cheque a favor del Instituto por las primas no devengadas o, en su caso el recibo que ampare el importe a cargo.

1.9.5 Clausula de Errores y Omisiones

Es Interés del asegurado amparar en todo momento al personal adscrito en el Instituto correspondiente por lo que algún error u omisión involuntaria en la información proporcionada tanto de la póliza básica como de la potenciación, no anulará, ni perjudicará las condiciones del contrato, los asegurados que ingresen al grupo asegurable con fecha posterior a la celebración de esta póliza, automáticamente pasarán a formar parte de la misma.

CLÁUSULA DE NO ADHESIÓN:

Por tratarse de un contrato de seguro cuyas condiciones han sido libremente acordadas y fijadas por las partes, sin sujeción a un modelo previamente establecido, se declara expresamente que no se trata de un contrato de adhesión a los que se refieren los artículos 202 y 203 de la ley de instituciones de seguros y fianzas.

EL PRESCRIPCIÓN:

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguros, prescribirán en dos años contados en los términos del artículo 81 de la ley sobre el contrato de seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la ley de protección y defensa del usuario de servicios financieros, así como cualquier comunicación escrita entre “el instituto” y “la compañía”.

ARTICULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:

“La compañía” renuncia a lo estipulado en el artículo 25 de la ley del contrato de seguros, y acepta que, si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, respetarán las condiciones especiales establecidas en la convocatoria de la licitación, las condiciones especiales de este anexo técnico serán las que regulen el contrato de seguro (póliza) y deberá emitir la póliza bajo estas condiciones y/o corregirla en caso de haberla emitido incorrectamente

POLIZA 2

SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL ARTÍSTICO POR HONORARIOS

Vigencia de las 12:00 horas 18 de febrero de 2018 a las 24:00 horas al 31 de diciembre de 2018

1.1 CONDICIONES

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1.1.1. Colectividad Asegurada:	<p>Personal artístico por honorarios del Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura, así como cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo y/o hijos dependientes económicos.</p> <p>Se entenderá como concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, a todas aquellas personas que reúnan dichas características en términos de la legislación civil vigente.</p>
1.1.2. Tipo de plan:	<p>Con cobertura Nacional con aplicación de deducible de 2.5 UMA MENSUAL y coaseguro del 10%. (con tope de \$30,000.00 treinta mil pesos) Honorarios Quirúrgicos de 39 UMA MENSUAL.</p> <p>El tope de coaseguro aplica por enfermedad</p>
1.1.3. Riesgos cubiertos:	Accidentes, Enfermedades y Urgencias en los términos establecidos en este anexo técnico
1.1.4. Relación de asegurados:	Anexos 1 Bis. Se entrega en formato Excel
1.1.5. Suma Asegurada:	200 UMA MENSUAL para todos los integrantes. Aplica para cada asegurado y padecimiento.
1.1.6.1. Definiciones:	
1.1.6 Edades de Aceptación:	<p>Para asegurados titulares sin límite de edad</p> <p>Para cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo del asegurado titular hasta setenta y nueve años, cancelando automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en el que el asegurado cumpla los 80 años.</p> <p>Para hijos dependientes económicos desde el nacimiento hasta los 24 años de edad cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en que el asegurado cumpla los 25 años de edad.</p>

1.2. CLAUSULADOS

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1.2.1. Tipo de cobertura:	Seguro de gastos Médicos Mayores

Nivel Hospitalario	Alto
Deducible Nacional	2.5 UMA MENSUAL

Coaseguro Nacional	10% con tope de \$30,000.00
Honorarios Quirúrgicos	39 UMA MENSUAL

El tope de coaseguro aplica por enfermedad.

1.2.2. Preexistencia:

Incluida bajo las siguientes condiciones:

Se entenderá como preexistencia aquella alteración de la salud:

Cuyos Síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o que se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de la vigencia y/o cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos y/o por la cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

Que su tratamiento médico o quirúrgico por un padecimiento o enfermedad preexistente, inicie después de DOCE meses de vigencia continua de su certificado individual de esta póliza; o en su caso, alcance dicha antigüedad sumando el tiempo en que hubiera estado protegido de manera ininterrumpida en una póliza individual o en otro certificado individual de otra póliza colectiva de Gastos Médicos Mayores.

Los padecimientos preexistentes se cubrirán sólo dentro de la República Mexicana.

1.2.3. Pago de reclamaciones complementarias:

La compañía aseguradora cubrirá las reclamaciones iniciadas en vigencias anteriores durante la vigencia de esta póliza, por enfermedades y/o accidentes cubiertos por la misma, bajo las siguientes condiciones:

Los gastos médicos que se erogan, siempre y cuando, sean a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparada y tratada, en la(s) póliza(s) de la(s) vigencia(s) anterior(es), contratadas por El INBA para proteger a la misma colectividad de la presente póliza.

Los gastos médicos que se erogan quedarán 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 o hasta la fecha de cancelación del correspondiente certificado individual, lo que ocurra primero.

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.

1.2.4. Periodo máximo de beneficio:

Hasta el agotamiento de la suma asegurada o en caso de no renovarse la póliza, la aseguradora no cubrirá los gastos efectuados después de la fecha de término de vigencia aun cuando la reclamación se haya iniciado dentro del periodo de vigencia.

- 1.2.5. Reconocimiento de antigüedad: Se reconoce la antigüedad de cada asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, siendo la fecha de vigor el inicio de la primera expedición de una póliza de gastos médicos mayores en una institución mexicana de seguros, siempre y cuando haya tenido periodos continuos de cobertura, y no haya tenido periodos al descubierto mayores a 30 días. El reconocimiento de antigüedad se otorga únicamente para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicha condición; será reducción o eliminación de acuerdo al periodo que se haya tenido cubierto en otra aseguradora.
- A la Aseguradora ganadora se le entregará el listado donde se muestre la antigüedad de cada uno de los empleados, así como la fecha de ingreso.
- Para las altas posteriores la aseguradora podrá solicitar la constancia de antigüedad de la aseguradora anterior o la última caratula de la póliza con el recibo de pago con la intención de confirmar la fecha de antigüedad.
- 1.2.6. Reinstalación automática de suma asegurada: En caso de que por algún accidente o enfermedad cubierto llegase a disminuir o agotarse la suma asegurada, ésta se reinstalará hasta por otro tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.
- 1.2.7. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): Tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el asegurado afectado por el SIDA o cualquier tratamiento relacionado con él, sin periodo de espera para aquellos asegurados que tengan una antigüedad de más de 5 años en la colectividad asegurada al inicio de la vigencia de la póliza; para los asegurados que al inicio de la vigencia de póliza no cuenten con los 5 años su periodo de espera será el tiempo que resulte necesario para cumplir los 5 años; para las altas posteriores se tendrá un periodo de espera de 5 años incluyendo a los asegurados que lo hubieran adquirido de las madres infectadas durante la gestación.
- 1.2.8. Operación cesárea y/o parto: Gastos originados por la operación cesárea y/o parto entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en la intervención quirúrgica y los gastos de hospitalización. Con suma asegurada de máximo 30 UMA MENSUAL sin aplicación de deducible, ni coaseguro. No hay límite de edad para las titulares y/o cónyuges y/o concubinas. Este beneficio no se incluye para las hijas del asegurado titular. No se cubren gastos del recién nacido sano.
- Quedan cubiertos con un periodo de espera de 10 meses para las nuevas altas de aseguradas.
- 1.2.9. Complicaciones del embarazo: Con límite hasta la suma asegurada de la cobertura básica contratada Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio: embarazo extrauterino, toxicosis gravídica, eclampsia, preclamsia, mola hidatiforme o embarazo molar, aborto natural, fiebre puerperal y cualquier complicación con placenta. Cualquier otra complicación no quedará cubierta.
- 1.2.10. Padecimientos congénitos: 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 en cuyo caso serán considerados como complementos de siniestros y sujetarse a lo indicado en la presente póliza.
- c) El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza

Se entenderá por enfermedad congénita toda 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, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

Los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido, quedan excluidos.

1.2.11. Deportes:

Se encuentra amparado los accidentes y/o enfermedades resultantes de la práctica amateur u ocasional de cualquier deporte.

1.2.12. Privilegio de conversión:

Cualquier asegurado que haya dejado de pertenecer a la colectividad asegurada o sea dado de baja de esta póliza durante la vigencia del contrato, tendrá el derecho de solicitar por escrito dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha a que han sido dados de baja, se expida una póliza de GMM individual quedando a su cargo el pago de la prima correspondiente, sin requisitos de asegurabilidad, bajo condiciones y costos similares de la póliza contratada por el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura conforme a los planes individuales que opere la aseguradora, las cuales deberán ser respetadas durante la vigencia de la póliza colectiva, salvo por aquellos cargos o conceptos referentes a expedición de pólizas y forma de pago, pudiendo solicitar la compañía el pago por estos conceptos en los términos y montos de la colectividad y en su caso el pago de primas totales o el cargo por fraccionamiento. En caso que el asegurado tenga una reclamación y opte por la individualización, se seguirá pagando bajo las condiciones y endosos de la póliza donde se aceptó el siniestro, esto operará siempre y cuando no haya periodos al descubierto por más de 30 días.

Este privilegio aplicará para todos los miembros de la colectividad con derecho a renovación vitalicia.

1.2.13. Pago directo:

El Sistema de Pago Directo considerado en esta póliza opera, para los casos en que el Asegurado requiera atención médica o ingreso a un hospital y obtenga los servicios de médicos y hospitales de la Red Médica, en los casos que se indican a continuación:

I. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

Trámite.- El beneficio de Reporte en el Hospital se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al hospital de la Red Médica, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación y su estancia es mayor a 24 horas.

El beneficio también podrá operar en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante forme parte de la Red Médica.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o del Médico Tratante, la aseguradora por conducto de un médico, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte del Asegurado y si el médico tratante forma parte de la Red Médica.

La aseguradora podrá nombrar un médico para verificar en el hospital en el que se encuentre internado, la enfermedad o accidente del Asegurado.

1.2.14. Cirugía programada:

La aseguradora conviene en hacer la programación de la cirugía, a más tardar en 2 días hábiles después de la entrega de:

Aviso de accidente o enfermedad.

Informe médico

Estudios que confirmen el diagnóstico.

1.2.15.1. Estudios programados

Siempre y cuando existe una receta médica y/o enfermedad, ya sea para seguimiento o confirmación del padecimiento

1.2.15. Pago de deducible y coaseguro:

Cuando el asegurado no utilice ni médicos ni hospitales de la red estará obligado a pagar Deducible y Coaseguro, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

En caso de ocupar médicos y/o hospitales de convenio se elimina el deducible y el coaseguro, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

En caso de ocupar médicos de convenio y no haber requerido hospitalización se elimina el deducible y el coaseguro, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

Cuando el asegurado utilice un médico no de red y un hospital de red, y el médico acepte los tabuladores de la aseguradora, no se pagará deducible y coaseguro, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

En los casos que el asegurado se presente de urgencia a un hospital en convenio y le asigne un médico de su plantilla, no se pagará deducible y coaseguro, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.

-
- 1.2.16. Reembolso: Cuando el médico tratante y el hospital o sanatorio no sean de convenio, el Asegurado tendrá la obligación del pago del deducible y del coaseguro.
- En caso de ocupar médicos y hospitales de convenio se elimina el deducible y el coaseguro en todo siniestro incluyendo el primer gasto o reembolso, siempre y cuando la suma de los gastos rebase el monto del deducible contratado.
- 1.2.17. Padecimientos cubiertos con periodo de espera: Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias abdominales, discales, hítales, inguinales, crurales, umbilicales, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias, a partir del segundo año de vigencia continua del correspondiente certificado individual de la póliza para cada asegurado.
- En caso de que el asegurado requiera de tratamientos médicos o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior, dentro del primer año de vigencia continua del respectivo certificado individual de la póliza, quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica.
- Circuncisión, a partir del tercer año de vigencia continua del respectivo certificado individual de la presente póliza para cada Asegurado.
- 1.2.18. Accidentes de Nariz: Se cubren los tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales derivados de un accidente, siempre y cuando se compruebe, que fueron derivados de un accidente. Para ello el asegurado deberá presentar previo a la cirugía información sobre los hechos relacionados con dicho accidente, tales como: radiografías, historia clínica completa, fotografías y, en su caso, una segunda opinión de médico convenido quien de ninguna manera participará en la atención del evento.
- 1.2.19. Ambulancia terrestre y aérea: Gastos de transporte de ambulancia, terrestre o aérea, dentro de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al asegurado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado.
- El tipo de ambulancia depende del estado de gravedad del asegurado pudiendo ser: terapia intensiva, terapia intermedia o estándar según sea el caso.
- Esta cobertura siempre opera bajo el sistema de pago vía reembolso.
- 1.2.20. Altas de asegurado: Las personas titulares, cónyuge o, en su caso, su concubina o concubinario o pareja del mismo sexo e hijos que posteriormente a la celebración del contrato ingresen a la colectividad asegurada, se comunicaran por escrito a la aseguradora reconociéndose antigüedad desde su fecha de ingreso con excepción a aquellos que acrediten una antigüedad no interrumpida con otra aseguradora.

Los hijos nacidos dentro de la vigencia de la póliza quedan automáticamente cubiertos y se pagará la prima correspondiente de acuerdo a la administración de la póliza.

Para las altas y bajas deberá proporcionar un correo de contacto para agilizar el trámite.

Las altas del asegurado de nuevo ingreso y sus dependientes deberán realizarse a más tardar a los 30 días siguientes del ingreso del mismo.

1.3. FORMAS DE PAGO

1.3.1. Cobertura básica:

Anual para:

Personal artístico por honorarios del INBA, así como cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo y/o hijos dependientes económicos.

La prima la pagará El INBA.

1.4. POTENCIACION

1.4.1. Potenciación:

No estará sujeta a un mínimo de participantes para su suscripción, y será obligatoria su aceptación para la Compañía Aseguradora. La administración de la póliza se hará de acuerdo a las altas y bajas en el momento.

Es una condición no puede haber potenciación sin póliza básica.

No se cobra derecho de póliza.

La potenciación puede ser individual, por cada uno de los beneficiarios integrantes de la póliza, no es indispensable potenciar a todos los integrantes del certificado individual.

La potenciación cubre preexistencias siempre y cuando el inicio del padecimiento se haya presentado a partir del inicio de la contratación de la cobertura de potenciación, no importando la Aseguradora en la cual dio inicio dicho padecimiento, se dará continuidad a la cobertura; siempre y cuando se compruebe por parte del Asegurado a la aseguradora el pago de la prima correspondiente durante la última vigencia.

La potenciación cubre solo nuevos padecimientos, no cubre padecimientos que hayan iniciado previos a la contratación de la cobertura por primera vez.

La comprobación de que existe una contratación de potenciación previa es mediante el recibo de nómina.

La contratación de la suma asegurada potenciada será a más tardar 90 días naturales posteriores al inicio de vigencia, otorgando 30 días más en caso de altas en la póliza. Por lo que una vez rebasado este periodo de 120 días ya no habrá contratación de potenciaciones.

1.4.2 Incremento de Suma Asegurada:

Incremento de suma asegurada en UMA MENSUAL
279
418
557

1.4.3. Forma de pago de la potenciación (Incremento de suma asegurada):

Prima quincenal (20 quincenas) a cargo del asegurado titular vía descuento por nómina, es opcional y no estará sujeta a un mínimo de participantes para su suscripción.

La aseguradora ganadora deberá entregar:

El listado de los asegurados que aceptaron la potenciación con las primas a descontar por cada uno de ellos.

Recibos fiscales por el importe de su prima más I.V.A. a nombre del asegurado titular empleado del INBA que cubre el costo de la misma a más tardar dentro de los 15 días hábiles siguientes al pago de la última retención.

La tarifa de la potenciación deberá ser siempre inferior a la tarifa de la suma asegurada básica.

Para las primas de potenciación se tendrán 90 días de gracia para el pago de las mismas.

1.5. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

1.5.1. Gastos de hospital o sanatorio representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos.

1.5.2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el hospital o sanatorio.

1.5.3. Medicamentos adquiridos para el Asegurado dentro o fuera del hospital, siempre que sean prescritos por el médico tratante mediante receta y se anexen a la reclamación la factura o ticket fiscal de la farmacia con copia de la receta.

1.5.4. Honorarios Médicos por Intervención Quirúrgica. Es el valor monetario de los servicios médicos que la Institución ha fijado para el pago de intervenciones quirúrgicas o médicas por cada Evento cubierto y que quedarán sujetos a los porcentajes anotados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.).

En caso de tratarse de médicos en convenio con la aseguradora, los mismos se sujetarán al tabulador que esta tiene negociada con ellos mediante el procedimiento de pago directo.

En caso de que el médico tratante no fuera de la red y se adhiriera al tabulador de la aseguradora se considera como médico de red y por tanto como pago directo.

1.5.4.1. Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

1.5.4.2. Los honorarios del primer ayudante se cubrirán hasta el 20% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

1.5.4.3. Los honorarios del segundo ayudante se cubrirán hasta el 10% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

1.5.4.4. Los honorarios del instrumentista se cubrirán hasta el 10% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

1.5.4.5. El monto estipulado para cada uno de los procedimientos indicados en la Tabla de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, incluye las visitas y consultas post-operatorias, por lo que no se cubrirán gastos adicionales por estos conceptos.

1.5.5. Los honorarios por consultas o visitas médicas aplican para cualquier accidente, enfermedad o emergencia cubierta en esta póliza.

Se cubren también los Honorarios de Médicos homeópatas siempre y cuando tengan cédula profesional para ejercer la homeopatía.

1.5.6. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su oficio, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante aplican para cualquier accidente, enfermedad o urgencia cubierta en esta póliza. Esta cobertura opera máximo 30 días y no más de 3 turnos al día.

1.5.7. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.

1.5.8. Equipo de anestesia.

1.5.9. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.

1.5.10. Gastos originados por la estancia del Asegurado en terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, así como los servicios de médicos especializados.

1.5.11. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radiactivos, electrocardiografía, electroencefalografía y, cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto, siempre que sea prescrito por el médico tratante y que tenga relación directa con el padecimiento y exista un diagnóstico definitivo.

1.5.11.-A. Cinco estudios médicos con pago directo, para detectar y/o confirmar algún padecimiento, previa solicitud por escrito del área requirente.

1.5.11.1. ACCIDENTE AMPARADO.

Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, y violenta que provoquen lesiones corporales, físicas o mentales al Asegurado titular o a su cónyuge, o en su caso, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo o a sus hijos o sus padres, siempre y cuando ésta póliza se encuentre en vigor y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en la misma.

Las lesiones que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de los señalados en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideraran como el mismo Accidente Amparado que les dio origen.

Las lesiones producidas que requieran atención médica del Asegurado deben manifestarse dentro de los 120 días siguientes a la fecha de ocurrido el acontecimiento.

En caso de accidente la acumulación de gastos médicos que se generen, deberá de rebasar el monto del deducible contratado para que la reclamación sea procedente.

Tratándose de un accidente amparado no se aplica deducible ni coaseguro.

1.5.11.2. ENFERMEDAD AMPARADA. Toda alteración en la salud que sufra el Asegurado titular o su cónyuge, o en su caso, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo o sus hijos o sus padres, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor y no provenga de causa expresamente excluida por la misma.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma Enfermedad Amparada que les dio origen.

En los casos que sea atendida la enfermedad en pago directo, con hospitales y/o médicos de convenio, no aplicara el pago de deducible ni coaseguro, en estos casos las reclamaciones complementarias tampoco estarán sujetas al pago de los mismos.

1.5.11.3. URGENCIA AMPARADA.

La aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del Asegurado titular o su cónyuge, o en su caso, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo o sus hijos o sus padres

Es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte, pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores.

1.5.12. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos) o cualquier otro que se prescriba por el médico tratante a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto.

1.5.13. Gastos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, dentro de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al Asegurado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado y en su caso del hospital al aeropuerto y viceversa.

1.5.13.1. El servicio de transportación en ambulancia aérea se proporcionará en los términos siguientes: Traslado de aeropuerto a aeropuerto, aeropuerto hospital y viceversa, cuando el Asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad y/o accidente cubierto por la presente póliza y que por prescripción médica se considere estrictamente necesario por no poder ser atendido en el lugar en que ocurrió esta.

1.5.14. Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubierto.

1.5.15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza, así como las prótesis de requerirse.

1.5.16. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente.

1.5.17. Máximo cuatro Consultas postoperatorias, entendiéndose por éstas, las comprendidas entre la cirugía y los 30 días siguientes.

1.5.18. Hospitales en Convenio

1.5.18. Manifiesto bajo protesta de decir verdad, de que mantendrá en vigor su contrato de prestación de servicio durante la vigencia de la póliza cuando menos con los siguientes hospitales en la República Mexicana y que tiene la capacidad instalada para dar atención en los hospitales que conforman su red médica. Se adjunta disco con los hospitales en Excel.

Grupo Hospitalario	Hospital	Ciudad
Grupo Ángeles	Del Pedregal Metropolitano México Español Mocel	CDMX
	De Interlomas	Estado de México
Médica Sur	Tlalpan Lomas Verdes	CDMX
Dalinde	Centro Médico Dalinde San Ángel Inn Chapultepec San Ángel Inn Sur HMG Coyoacán	CDMX
Muguerza	Alta Especialidad Sur Conchita	Monterrey
	Reynosa Saltillo Del Parque	Reynosa Saltillo Chihuahua Mty, Chih, Rey, Salt
Puerta de Hierro	Norte Sur	Guadalajara
	Tepic	Tepic
San Javier	Guadalajara Marina Vallarta	Guadalajara Puerto Vallarta

1.5.18.1 Los hospitales señalados en los numerales anteriores deberán ser los mínimos contemplados por la compañía aseguradora, por lo que deberán presentar las relaciones de hospitales con los que tengan convenios celebrados, en la que deberán incluir los antes indicados.

1.5.18.2 Se requieren los nombres y datos de contacto (correo electrónico y teléfonos oficina, celular y radio) de los médicos coordinadores de la Ciudad de México y del Estado de México que serán los responsables de la atención de esta póliza. En caso de que estos médicos se cambien durante la vigencia debe notificarse al Instituto.

1.5.18.3 Se requiere un mínimo de 3 hospitales, donde no se pida depósito de ingreso y se brinde una atención especializada a los asegurados de este Instituto.

1.6. EXCLUSIONES

1.6.1 Peluquería, barbería, pedicurista, tratamientos para la calvicie, así como la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.

1.6.2. Cirugía para cambio de sexo.

1.6.3. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o cirugía plástica, excepto las reconstrucciones que resulten a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta.

1.6.4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevos, excepto cuando son a consecuencia de un tratamiento estético.

1.6.5. Tratamientos dietéticos y de obesidad.

1.6.6 Curas de reposo. O exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud o check up.

1.6.7. Gastos, lentes de contacto, excepto que resulten a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta.

1.6.8. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos, excepto que resulten a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta.

1.6.9 Tratamientos para la fertilidad, esterilidad, control de la natalidad ni sus complicaciones.

1.6.10. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la presente póliza, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición.

1.6.11. Alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como estado de enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; y, en general, cualquier estudio y/o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico; independientemente de sus orígenes y consecuencias.

1.6.12. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.

1.6.13. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación.

1.6.14. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

1.6.15. Actos delictivos en los que el Asegurado participe intencionalmente; ni aquéllos derivados de riñas o peleas que el Asegurado haya provocado o participado directamente. Excepto las lesiones producidas por asalto (notificadas al Ministerio Público).

1.6.16. Servicio militar de cualquier clase o participación en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.

1.6.17. Práctica profesional de cualquier deporte.

1.6.18. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo de motor en competencia, entrenamientos, carrera, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelos sin motor.

1.6.19. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.

1.6.20. Gastos por gestión administrativa en hospitales.

1.6.21. Servicio de acompañantes en el traslado del asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.

1.7 PRELACION

1.7 Las condiciones particulares o especiales de aseguramiento, así como las modificaciones o adecuaciones derivadas del proceso de la licitación pública nacional, prevalecerán sobre las condiciones generales de la aseguradora que proporcione el servicio, en todo lo que pudiera oponerse siempre y cuando no contravengan las disposiciones legales vigentes.

1.8. ESTANDARES DE SERVICIO

1.8.1. TIEMPOS DE RESPUESTA:

La compañía aseguradora deberá entregar por escrito y bajo protesta de decir verdad dentro de su propuesta que se obliga a cumplir con los siguientes estándares y condiciones de servicio.

Los estándares de servicio a nivel nacional para el Seguro de Gastos Médicos Mayores para El INBA, deberán ser los siguientes:

	⇒	Tiempo de Respuesta Máximos
Pago Directo	⇒	Dentro de las 24 hrs. (veinticuatro horas) siguientes a la notificación del evento a la aseguradora.
*Cirugía Programada	⇒	2 (dos) días hábiles
*Reembolsos	⇒	5 (cinco) días hábiles

*Nota: La aseguradora deberá dar respuesta en máximo 5 (cinco) días hábiles a partir de que recibe la documentación completa para su dictamen y una vez que se cuenta con sello o firma de recibido (el horario mínimo de atención deberá ser de 9:00 a 17:00 todos los días hábiles).

En todos los casos, el tiempo de respuesta comenzará a correr a partir de que la aseguradora cuente con toda la información necesaria para realizar el dictamen y pago correspondiente.

1.8.2. DIRECTORIO DE MEDICOS Y HOSPITALES:

La compañía aseguradora que resulte ganadora deberá presentar por escrito en papel membretado y en archivo electrónico en Excel en un plazo no mayor de 5 días hábiles a partir del fallo, el Directorio de Médicos y Hospitales en convenio a nivel nacional, en el que deberá contemplar cuando menos lo señalado en el numeral 1.5.18., así mismo deberá de remitir cuando menos cada tres meses el archivo electrónico al representante que para tal efecto sea designado por la Dirección de Personal del INBA con las actualizaciones correspondientes a dicho directorio.

Adicionalmente deberá de indicar en su caso el nombre del coordinador médico de cada una de las plazas (Zona Metropolitana, Monterrey y Guadalajara) domicilio, número telefónico y correo electrónico, así como cuales deberán ser las funciones y responsabilidades de esta persona. En caso de alguna modificación, se deberá notificar a la persona designada por la Dirección de Personal del INBA.

1.8.3. IDENTIFICACIÓN DE ASEGURADOS:

La compañía deberá entregar credenciales personalizadas a cada uno de los asegurados en las que deberá señalar como mínimo el nombre del asegurado, número de póliza, vigencia, suma asegurada y antigüedad, en

caso de existir potenciación deberá expedirse con la suma asegurada total (es decir la cobertura básica más potenciación la suma de ambas).

Estas credenciales deberán entregarse junto con los certificados y la póliza.

En caso de altas posteriores a la emisión de la póliza, los certificados y credenciales deberán de ser entregadas en los siguientes 15 (quince) días hábiles posteriores a la notificación de los mismos, en las mismas condiciones del párrafo de esta cláusula.

1.8.4. PROCEDIMIENTOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN:

Deberán señalarse de manera clara los procedimientos para el trámite de una reclamación, los cuales deberán contemplar cuando menos las siguientes consideraciones:

1.8.4.1. Procedimiento para pago directo no programado:

Cuando la aseguradora recibe el reporte hospitalario, una vez que el Asegurado se encuentra en el hospital en convenio.

Mecanismo de identificación del asegurado como beneficiario, el cual será la credencial emitida por la EI INBA y/o Identificación oficial vigente.

Mecanismo de reintegro de depósito o garantías solicitadas por los hospitales.

Mecanismos de admisión y aviso a la Compañía Aseguradora.

Forma y procedimiento de atención de los coordinadores médicos y autorización del pago.

Formas de aviso en caso de no estar cubierto el evento (accidente o enfermedad) en la póliza y las formalidades que deberá reunir este aviso.

1.8.4.2. Cirugía corta estancia:

Todas las hospitalizaciones que vayan a realizarse por un lapso de unas cuantas horas, es decir que el paciente ingrese y egrese el mismo día del hospital, deberán tramitarse bajo el esquema de Cirugía Programada o Pago Directo Programado. Para el caso de emergencias médicas de corta estancia deberán tramitarse vía reembolso.

1.8.4.3. Cirugía Programada:

Deberá considerar cuando menos lo siguiente:

En los casos de utilizar servicios médicos y hospitales de convenio con la Aseguradora, se deberá considerar el mecanismo de pago directo.

Para programar una cirugía, el asegurado sólo debe realizar el siguiente trámite:

Obtener de la aseguradora los siguientes documentos:

Aviso de Accidente, Enfermedad o equivalente.

Informe Médico o equivalente

Solicitar al médico tratante que requisiere completamente el "Informe Médico" o equivalente.

Solicitarle al Médico tratante el presupuesto de sus honorarios, si éste no es de convenio.

Requisitar el asegurado el Aviso de Accidente, Enfermedad o equivalente.

Elegir el asegurado, junto con el Médico, el hospital de convenio en que será atendido.

Enviar los documentos anteriores acompañados de estudios que corroboren el padecimiento, accidente o enfermedad.

Se deberá señalar el plazo previo al que se deberá presentar la información y estudios relativos a la cirugía programada, el cual no deberá ser mayor a 5 (cinco) días hábiles, así como la documentación que se requiera adicionalmente.

Respecto al mecanismo de autorización de cirugía programada, en caso de proceder, la Aseguradora otorgará por escrito la autorización correspondiente.

Si el asegurado decide atenderse con un médico y/o hospital que no esté en convenio con la aseguradora, deberá pagar los gastos que no sean de convenio y posteriormente, realizar el trámite de pago por reembolso.

1.8.4.4. Mecanismo de Pago por reembolso:

Dentro de la descripción del procedimiento para pago por reembolso se deberá de presentar el mecanismo propuesto el cual deberá de considerar como máximo la documentación y requisitos siguientes:

Formato de "Solicitud de Reembolso del Seguro de Grupo o Colectivo de Gastos Médicos Mayores" o equivalente.

Formato de " Aviso de Accidente, Enfermedad" o equivalente.

En padecimientos iniciales, el formato de "Informe Médico" o equivalente.

Notas de farmacia acompañadas de la copia fotostática de la receta médica correspondiente y especificando cada uno de los medicamentos comprados.

Facturas del hospital indicando el desglose de cada concepto que se está cobrando.

Recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos especificando claramente el concepto que se está cobrando.

Estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, electroencefalograma, ultrasonido, electrocardiograma, etc.

En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano; será necesario el reporte de histopatología.

La aseguradora deberá especificar si se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran exclusivamente para valorar el caso.

La aseguradora deberá notificar vía correo electrónico a la persona designada por El Instituto cuando tenga a disposición los cheques generados por concepto de reembolsos solicitados por los empleados del INBA, esta notificación se tomará con carácter oficial.

1.8.5. PROYECTO PÓLIZA:

La compañía aseguradora deberá de entregar en hoja membretada, este anexo técnico más las condiciones generales a cada uno de los asegurados titulares comprometiéndose la aseguradora a la entrega de la póliza,

los certificados y credenciales, en los siguientes 15 (quince) días naturales posteriores a la notificación de los mismos.

1.9. CONDICIONES ADICIONALES

1.9.1. RECIBOS:

La compañía aseguradora deberá de entregar dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes contados a partir de que El INBA notifique el monto retenido por la quincena correspondiente, los recibos provisionales por concepto de pago de las retenciones que efectúe El INBA a sus empleados por las primas de potenciación y de ascendientes, a fin de estar en posibilidades de efectuar el pago correspondiente a la compañía aseguradora, en caso de no cumplirse con estos plazos no habrá responsabilidad para El INBA en el pago respectivo, debiéndose mantener las condiciones y vigencia de la póliza.

1.9.2. SINIESTRALIDAD:

La compañía aseguradora deberá de entregar dentro de los primeros 5 (cinco) días naturales del mes siguiente, la siniestralidad observada en cada mes, durante la vigencia del contrato y deberá remitirse vía correo electrónico al representante que para tal efecto sea designado por la Dirección de Personal del INBA

1.9.3. COMUNICACIÓN A LOS ASEGURADOS:

La compañía aseguradora deberá de realizar pláticas informativas a los asegurados sobre las condiciones de la póliza, en un plazo no mayor a dos semanas a partir de la entrega de los certificados y credenciales y dichas pláticas serán coordinadas por el área de recursos humanos.

Asimismo, deberá entregar un folleto que contenga las condiciones generales de la póliza del Instituto.

La aseguradora ganadora, deberá entregar a cada titular, un folleto informativo de que hacer, en caso de siniestro.

1.9.4. AJUSTE DE MOVIMIENTOS:

La compañía aseguradora deberá enviar al área de recursos humanos durante los 15 días hábiles siguientes al término de la vigencia, el resumen de movimientos realizados durante la vigencia de la póliza con el objeto de tener un ajuste final de acuerdo a lo siguiente:

Movimientos de altas

$$\text{Prima a cargo del Instituto} = \frac{\text{PA}}{\text{T}} \times \text{DA}$$

Movimientos de bajas

$$\text{Prima a favor del Instituto} = \frac{\text{PA}}{\text{T}} \times \text{DB}$$

PA= Prima Anual

T= Tiempo (que se considerara 245 días que son los que dura la vigencia)

DA= Días activos en la póliza contados a partir de la fecha de alta del asegurado y hasta el término de la vigencia o fecha de baja

DB= Días activos en la póliza contados a partir del inicio de la vigencia o fecha de alta y hasta la baja del asegurado

Una vez conciliadas las cifras, la Aseguradora tendrá 5 días hábiles para emitir el cheque a favor del Instituto por las primas no devengadas o, en su caso el recibo que ampare el importe a cargo.

1.9.5 Clausula de Errores y Omisiones:

Es Interés del asegurado amparar en todo momento al personal adscrito en el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura correspondiente, por lo que algún error u omisión involuntaria en la información proporcionada tanto de la póliza básica como de la potenciación, no anulará, ni perjudicará las condiciones del contrato, los asegurados que ingresen al grupo asegurable con fecha posterior a la celebración de esta póliza, automáticamente pasarán a formar parte de la misma.

CLÁUSULA DE NO ADHESIÓN:

Por tratarse de un contrato de seguro cuyas condiciones han sido libremente acordadas y fijadas por las partes, sin sujeción a un modelo previamente establecido, se declara expresamente que no se trata de un contrato de adhesión a los que se refieren los Artículos 202 y 203 de la ley de instituciones de seguros y fianzas.

PRESCRIPCIÓN:

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguros, prescribirán en dos años contados en los términos del artículo 81 de la ley sobre el contrato de seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la ley de protección y defensa del usuario de servicios financieros, así como cualquier comunicación escrita entre “el instituto” y “la compañía”.

ARTICULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:

“La compañía” renuncia a lo estipulado en el artículo 25 de la ley del contrato de seguros, y acepta que, si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, respetarán las condiciones especiales establecidas en la convocatoria de la licitación, las condiciones especiales de este anexo técnico serán las que regulen el contrato de seguro (póliza) y deberá emitir la póliza bajo estas condiciones y/o corregirla en caso de haberla emitido incorrectamente

SERVICIO DE FONDO EN ADMINISTRACIÓN

Vigencia de las 12:00 horas 18 de febrero de 2018 a las 24:00 horas al 31 de diciembre de 2018

1.1 CONDICIONES

CONCEPTO

DESCRIPCIÓN

1.1.1. Grupo amparado por el Plan de Fondo de Administración:

Personal del ballet de la Compañía Nacional de Danza, así como cónyuge, concubina, concubinario y/o pareja del mismo sexo, hijos dependientes económicos y los ascendientes registrados ante el INBA de cada asegurado titular, en lo sucesivo “Los Beneficiarios”

1.1.2. Tipo de plan:

De Previsión social constituido con un Fondo en administración con recursos propios del “Instituto”.

1.1.3. Concepto

CONCEPTO	MONTO
Fondo en administración inicial	\$ 2,000,000.00 (Incluido dentro del máximo y mínimo objeto de esta licitación)
Gastos de administración del Fondo	Se determinará conforme a la propuesta económica presentada por la empresa ganadora.

Notas:

El costo presentado corresponde a forma de pago de contado.

GASTOS AUTORIZADOS CON CARGO AL FONDO EN ADMINISTRACIÓN

Esta partida considera la operación de un fondo en administración, así como la administración de servicios de gastos médicos y de salud. La cantidad asignada para la administración, será entregada por la convocante al licitante adjudicado dentro de los 15 días posteriores a la firma del contrato y tendrá un costo administración el cual se determinará conforme a la propuesta económica presentada por la empresa ganadora y será calculado de acuerdo al Fondo de Administración y será pagado en una sola exhibición al inicio de la vigencia conforme a la factura correspondiente que emita la licitante ganadora.

Este fondo podrá ser restituido de conformidad a los intereses de la convocante y durante la vigencia del esquema de aseguramiento que se licita. En caso de agotarse el 80% del Fondo en Administración, la Convocante podrá aportar más dinero antes del fin de la vigencia.

Al final de la vigencia el remanente del fondo en administración será devuelto al "Instituto", en un plazo máximo de 90 días. EL PLAZO DE 90 DIAS COMENZARA A CONTAR A PARTIR DE QUE EL LICITANTE GANADOR Y LA CONVOCANTE HAYAN CONCILIADO LA INFORMACION DE LOS GASTOS Y ESTEN DE ACUERDO CON ELLA

La administración del fondo tendrá como base el plan de previsión social que al efecto ha establecido la convocante en favor del personal artístico que integran la Compañía Nacional de Danza, así como sus, cónyuges, hijos menores de 25 años y ascendientes registrados. El plan de seguridad social, será entregado mediante un anexo sólo al licitante adjudicado.

Para una mejor administración del fondo y de servicios del Plan, la "administradora del fondo" coordinará el servicio médico denominado de primer contacto y red de proveedores, cuyos honorarios, serán autorizados previamente por la el área requirente, y serán cubiertos con cargo al Fondo de Administración.

Así mismo, la "administradora del fondo" deberá contar con un médico de primer contacto dentro de las instalaciones de la Compañía Nacional de Danza, quien brindará atención médica a la colectividad en un horario de lunes a viernes de 10:00 a 17:00 horas y sábados de 10:00 a 14:00. Horas. El médico de primer contacto podrá ser removido a petición del área requirente, cuando éste no cumpla con los parámetros de servicio requeridos. Los honorarios correspondientes al médico de primer contacto serán con cargo al fondo de administración, y serán autorizados previamente por el área requirente.

También el área requirente determinará el monto, con cargo al fondo de administración que se destinará para los gastos generados como material de curación, papelería, stock de medicamentos GI para el surtido inmediato de los medicamentos más comunes, equipo médico y su mantenimiento.

LA CONVOCANTE PODRA APORTAR MÁS DINERO AL FONDO EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO TECNICO

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

Los servicios de atención médica con cargo al fondo deben otorgarse tomando en cuenta lo siguiente:

El personal amparado por el Plan de fondo en Administración, es el personal del Ballet de la Compañía Nacional de Danza titular, cónyuge e hijos y ascendientes registrados.

1. La atención médica de primer contacto en caso de enfermedad tendrá como gasto máximo autorizado 5 UMA MENSUAL.

2. En caso de accidente de Titulares y Dependientes económicos, incluyendo ascendientes y habiendo agotado la suma asegurada de la póliza 2 el gasto máximo autorizado bajo el cual quedan cubierto por el fondo es hasta por un monto máximo de 200 UMA MENSUAL.

3. En caso de enfermedad de Ascendientes se utilizará este fondo desde el gasto inicial hasta un monto máximo de 200 UMA MENSUAL al año, sin importar si es por uno o varios padecimientos. La suma asegurada es para cada asegurado y padecimiento.

En caso de que se agote la suma asegurada, no se reinstalará para el mismo padecimiento

4. Detectada la enfermedad los estudios realizados, quedarán autorizados hasta el monto máximo de 5 UMA MENSUAL, por padecimiento.

5. El Contratante a través de la Coordinación de Seguros determinara la autorización, del pago con cargo al fondo. Dicha autorización deberá entregarse por escrito, ya sea vía correo electrónico u oficio al "Administrador del fondo"

6. El Contratante, podrá modificar el presente anexo en sus términos y condiciones por así convenir a sus intereses previo acuerdo con El "Administrador del fondo"

7. Este fondo servirá para cubrir padecimientos no cubiertos, por la póliza de GMM de la póliza 2 y se cubrirá por este fondo hasta la cantidad de 200 UMA MENSUAL, previa autorización del área requirente.

8. Este fondo servirá para cubrir los padecimientos cubiertos, por la póliza de GMM y se cubrirá hasta el deducible y/o coaseguro que marca la póliza de la subpartida 2 (personal artístico).

9. Gastos especiales no contemplados en la póliza de GMM de la Póliza 1 podrán ser cubiertos mediante este fondo previa autorización de la Dirección de Personal.

COBERTURA DEL PLAN PARA FONDO EN ADMINISTRACIÓN OBJETO DEL PLAN.

La Aseguradora (en adelante se denominará Administrador del Fondo), administrará un fondo para cubrir los servicios médicos de los BENEFICIARIOS, a través de su red de proveedores de servicios médicos previamente establecido, en caso de cualquier padecimiento, se tomara como monto máximo a cubrir (5 UMA MENSUAL), por enfermedad, al término de dicho monto, se tomara como el deducible y procederá de forma automática a la cobertura del gasto medico mayor, en caso de accidente se afectara desde el primer gasto la póliza de Gastos Médicos Mayores (póliza 2), Dicho monto tendrá aplicación solamente en la Ciudad de México, zonas conurbanas y solamente en caso de urgencias médicas en el resto de la República Mexicana vía reembolso, excepto ascendientes que se cubrirá como monto total hasta 200 UMA MENSUAL.

COBERTURA BASICA DEL PLAN

Si como consecuencia de un accidente (sólo ascendientes) y/o enfermedad que haya tenido tratamiento médico y/o quirúrgico preexistente o cubierto por el presente contrato, el usuario que incurriera en cualquiera de los gastos enumerados a continuación, El Administrador del fondo previa autorización de pago con cargo al fondo pagará o reembolsará el costo de los mismos, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el presente contrato, por tipo de gasto, siempre y cuando los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana de cobertura del plan, y el contrato se encuentre en vigor para los BENEFICIARIOS.

1.2.1. COBERTURA DEL PLAN PARA ATENCIÓN AMBULATORIA Y SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS DE BAJA COMPLEJIDAD.

La atención ambulatoria de baja complejidad abarca la atención médica general en el consultorio que el Administrador del Fondo proporcione en las instalaciones de la Compañía Nacional de Danza, la atención básica odontológica y los estudios de laboratorio clínico, citología, radiología y los medicamentos de patente y/o genéricos intercambiables para los BENEFICIARIOS, la valoración diagnóstica y el cuidado médico que de esta cobertura se deriven.

1.2.2. COBERTURA DEL PLAN PARA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD.

Contempla los servicios de atención ambulatoria de mediana y alta complejidad, tales como consultas médicas especializados, estudios de laboratorio clínico, de gabinete y los medicamentos de patente y/o genéricos intercambiables para los BENEFICIARIOS que se deriven del plan ambulatorio los cuales deben apegarse a lo establecido en el contrato.

En caso de requerir estudios y tratamientos especiales la coordinación médica, podrá solicitar un informe médico, resumen clínico y estudios anteriores del padecimiento, para que proceda la autorización por parte de la coordinación Médica adscrita a la Compañía Nacional de Danza.

Adicionalmente incluye los servicios intrahospitalarios de mediana y alta complejidad como atención quirúrgica (únicamente ascendientes).

En el caso de atención de parto (únicamente titulares y cónyuge) hasta por un monto de 30 UMA MENSUAL.

En igual forma, esta cobertura del plan intrahospitalaria incluye la atención inicial de urgencias, interconsultas de urgencias, los estudios de laboratorio clínico, radiología, los medicamentos, la valoración diagnóstica, el cuidado médico, las interconsultas y/o los servicios de atención médica a neonatos sanos que se deriven de todas las actividades incluidas en esta cobertura del plan.

ACCESO A SERVICIOS CUBIERTOS.

El Administrador del Fondo establece que, como una medida para lograr un óptimo aprovechamiento de los servicios que otorga, el acceso al servicio siempre sea a través de la red de médicos de primer contacto previamente pactados, salvo aquellos casos que determine El Administrador del Fondo mediante su auditoría médica, los cuales orientarán al usuario de los demás servicios contratados y será el responsable de generar las autorizaciones respectivas para dichos servicios, de acuerdo a los procesos de El Administrador del Fondo. Todo este procedimiento, deberá ser coordinado y autorizado por el servicio médico adscrito al consultorio del Administrador del Fondo en la Compañía Nacional de Danza.

La única excepción a este procedimiento es la atención de urgencias, en las que el usuario podrá acceder con la coordinación y autorización del Médico Coordinador a la red médica y de servicios de El Administrador del Fondo, calificada para este tipo de servicios.

La cobertura del Plan a que tenga derecho el usuario, se dará exclusivamente si el usuario se encuentra vigente y si existe remanente en el fondo.

Todo esto se hará vía pago directo y solo en casos especiales se realizará vía reembolso, previa autorización de la Coordinación de Seguros adscrita a la Dirección de Personal del Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura.

SERVICIOS MEDICOS DE ESPECIALISTAS Y DE DIAGNOSTICO.

En primera instancia, el usuario deberá utilizar todos los servicios médicos y de diagnóstico ofrecidos en la red de proveedores de servicios médicos de El Administrador del Fondo. Para tal fin, el usuario deberá cada vez que utilice uno de éstos servicios:

Procedimiento para atención medica

- Consulta médica
 - a. En el consultorio de la Compañía Nacional de Danza (Compañía Nacional de Danza) en horario establecido (de lunes a viernes de 10 a 17 hrs y sábado de 10 a 14 hrs).
 - b. Para cualquier solicitud de tratamiento tendrá que ser evaluado por el médico del consultorio a menos que traiga receta de médico de red.
 - c. No se surtirán medicamentos ni material de curación por solicitud del paciente ni de recetas de medico fuera de red.
- Consulta con médicos especialistas
 - a. Deberá ser canalizado por médico de primer contacto.
 - b. Deberá de concertar cita vía telefónica.
 - c. Acudir por pase y número de autorización al consultorio de la Compañía Nacional de Danza un día antes de la cita.
- Tratamiento odontológico
 - a. Concertar cita con odontólogo de convenio.
 - b. Un día antes solicitar pase en el consultorio médico de la Compañía Nacional de Danza.
 - c. Si requiere tratamiento subsecuente pedir al odontólogo un resumen y plan de tratamiento que será entregado en el consultorio de la Compañía Nacional de Danza para su autorización.
- Surtido de medicamentos
 - a. Acudir a cualquier farmacia de convenio con formato. Tratamientos especiales solicitar al médico tratante resumen clínico e informe médico, presentarlo en consultorio de la Compañía Nacional de Danza.
- Laboratorio y gabinete
 - a. Concertar cita en el laboratorio o gabinete en convenio, con el pase del formato autorizado.
 - b. Deberá respetar las instrucciones de preparación, que indique el laboratorio o gabinete.
 - c. Acudir el día y la hora indicada con formato emitido.
- Estudios especiales

Solicitar al médico tratante resumen clínico e informe médico y presentarlo en el consultorio de la Compañía Nacional de Danza para su autorización por parte de la coordinación médica.

NOTA IMPORTANTE:

Al utilizar hospital y médicos de red se eliminará el deducible y coaseguro.

- Siempre porte consigo la credencial de la aseguradora y una credencial oficial pues para recibir cualquier servicio es necesario presentarlas.

Los medicamentos que se adquieran en farmacias no autorizadas, se pagaran UNICAMENTE vía reembolso, previa comprobación del gasto que cumpla con los requisitos fiscales

ESPECIFICACIONES DE SERVICIOS CUBIERTOS.

CUIDADO EN SALUD

El Administrador del Fondo posee un programa eficiente de medicina preventiva en el cual participan con el mismo interés el médico y los BENEFICIARIOS, estos últimos siempre y cuando les sea requerido, acudirán de manera voluntaria al programa o a la consulta con el profesional de la salud asignada por El Administrador del Fondo.

PROGRAMAS DE CUIDADO Y PREVENCIÓN. CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Detectar precozmente circunstancias o enfermedades que pueden alterar el desarrollo y salud de los niños y niñas aseguradas menores de 5 años, así como orientar por primera vez a los padres o tutores de los niños(as) en el proceso de crecimiento y desarrollo.

Orientar a los padres y tutores acerca de la importancia de los controles de vacunación para asegurar su adhesión al programa. En este programa se aplicarán las que incluye la CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN VIGENTE.

CONTROL PRENATAL.

Vigilar, advertir y controlar oportunamente los factores de riesgo médicos durante la evolución del proceso de gestación; detectar oportunamente las complicaciones, induciendo el uso de los servicios de salud por todas las mujeres gestantes afiliadas a El Administrador del Fondo y registrar oportunamente las atenciones prestadas, que incluyen:

- 9 Consultas Ginecológicas
- Análisis de Diagnóstico (Laboratorio)
- Tratamiento Obstétrico
- Medicamentos.

Se excluyen todas las atenciones, por complicaciones del embarazo, así como los medicamentos o estudios derivados de este.

También quedan excluidos los tratamientos de fertilidad asistida, así como los embarazos derivados de esta.

PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA.

Brindar a los BENEFICIARIOS: hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información y educación necesarias para que puedan decidir con el suficiente conocimiento el método de planificación más apropiado, que satisfaga de mejor manera sus derechos reproductivos y se adecua a sus condiciones físicas, psicológicas y sociales, contribuyendo de esta manera a la disminución de gestiones no deseadas.

Se excluyen tratamientos quirúrgicos definitivos de planificación familiar, así como los tratamientos para restablecer estos.

CUIDADO DEL CANCER CERVICO-UTERINO

Realizar la toma de la citología y colposcopia cérvico-uterina a todas las mujeres aseguradas mayores de 18 años, para identificar oportunamente lesiones pre-neoplásicas y neoplásicas del cuello uterino y orientar a las usuarias afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo. Una Vez por año calendario.

Se excluye cualquier procedimiento y tratamiento médico para el cáncer cérvico-uterino.

SOLO SE CUBRE UNA VEZ POR AÑO (VIGENCIA)

CUIDADO DE CANCER MAMARIO.

Fomentar la exploración y revisión de mama entre las mujeres aseguradas mayores de 35 años para detectar casos de lesiones pre-neoplásicas y neoplásicas, que requieran control posterior y orientar a éstas hacia los servicios de mamografía u otros métodos de diagnósticos o tratamientos definitivos.

SALUD DEL ADULTO.

Incentivar los estudios de detección temprana entre los BENEFICIARIOS, de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias, para garantizar un manejo y control adecuados a tiempo, solo para los beneficiarios de la póliza que el médico considere de alto riesgo, por factores predisponentes.

Se excluyen chequeos generales.

CUIDADO DEL CANCER PROSTATICO

Educar e incentivar a los hombres BENEFICIARIOS, mayores de 35 años para acudir a revisiones periódicas del estado de su próstata y orientarlos para las evaluaciones periódicos de los antígenos prostáticos como método de control y ultrasonido abdominal, en caso de presentar niveles fuera de rango.

Se excluye ultra-transrectal, así como toma de biopsia, también como los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos de hiperplasia prostática.

1.4.2 CONSULTA EXTERNA:

A partir de la fecha de incorporación al contrato y durante su vigencia, El Administrador del Fondo cubrirá a los BENEFICIARIOS la prestación de los siguientes servicios en el consultorio que se encuentre ubicado en las instalaciones del Contratante, así como en el Hospital y consultorios y/o módulos de la red de proveedores de servicios médicos adscritos a El Administrador del Fondo previamente pactados.

BASICA O PRIMER CONTACTO:

Las siguientes especialidades se consideran de primer contacto:

Medicina general.

Odontología.

ODONTOLOGIA DE PRIMER CONTACTO:

Cubre: apertura de historia clínica, consulta, diagnóstico y plan de tratamiento, educación, limpieza y aplicación de flúor cada seis meses en menores de catorce años, indicaciones y práctica con hilo dental, obturaciones dentales con materiales como amalgamas y resina foto curable, endodoncias, extracciones dentales simples, pulpotomía en dientes temporales o residuos, cirugía paradontal no quirúrgica, estudios radiológicos dentales simples y cirugía de terceros molares, solo en caso de encontrarse incluidos o impactados.(Previa demostración radiológica).

Se excluyen:
Ortodoncia
Cirugía Maxilofacial
Prótesis dental
Ortopedia Maxilar

Con un máximo de 5 UMA MENSUAL por persona por vigencia

ESPECIALIZADA O DE SEGUNDO CONTACTO:

Para los servicios de especialidades médicas o de segundo contacto se requiere la autorización de servicios, expedida por el médico del consultorio asignado por El Administrador del Fondo.

El Administrador del Fondo ofrecerá una red de proveedores de servicios médicos para que el usuario pueda elegir el médico con quien desea acudir, con la debida autorización de servicios, de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente contrato.

Los médicos de segundo contacto son aquellos que cuentan con certificación vigente del consejo de la especialidad correspondiente.

EXAMENES DE LABORATORIO Y ESTUDIOS DE GABINETE.

Todos los exámenes de laboratorio clínico y estudios de gabinete radiológico deberán ser derivados de enfermedad, prescritos por médicos de la red de proveedores de servicios médicos de El Administrador del Fondo previamente pactados y los estudios se deben practicar en laboratorios o gabinetes de esta misma red previamente pactados y serán cubiertos hasta por un monto máximo de 2.5 UMA MENSUAL, al rebasar este monto se cubrirá por la póliza de la subpartida 2 de gastos médicos mayores.

Todos estos servicios deben estar soportados por una autorización de servicios, dentro del periodo de días establecidos en la receta.

MEDICAMENTOS.

Los medicamentos prescritos por médicos de la red de proveedores de servicios médicos de EL Administrador del Fondo, están cubiertos siempre que vengan en un formato- receta de EL Administrador del Fondo, que puede ser canjeada en una farmacia de esta misma red, previamente pactada y serán con cargo al Fondo.

En cualquier caso, cuando se prescriban o administren medicamentos que no estén cubiertos por este contrato y que no cuenten con la autorización de EL Administrador del Fondo, su costo siempre correrá por cuenta del usuario, sin derecho a reclamación o reembolso de ninguna naturaleza. Si la receta médica se vence, el usuario debe asistir con el médico de primer contacto, para su autorización o cambio.

Para recibir los medicamentos ambulatorios, el usuario debe presentar la receta médica dentro del periodo máximo de 3 días establecidos en la misma, la credencial de identificación expedida por el Administrador del Fondo y su identificación oficial. Cualquier situación fuera de lo aquí indicado no será aceptada por la farmacia de red del Administrador del Fondo.

SE EXCLUYE MEDICAMENTOS EN LOS SIGUIENTES CASOS:

Aquellos que no sean indicados por médicos de la red de El Administrador del Fondo mediante formato-receta médica, aquellos que sean adquiridos en farmacias fuera de red sin que estén autorizados y/o aquellos medicamentos que sean sugeridos por la asistencia médica telefónica.

Sistema nervioso: Medicamentos antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, inductores del sueño, antipsicótico, medicamentos para tratamiento de la enfermedad de alzhéimer y mal de párkinson.

Piel y anexos: quedan excluidos todos aquellos productos conocidos como dermato cosméticos, humectantes, emolientes, hidratantes, bloqueadores solares en crema, gel o presentaciones labiales, despigmentantes, queratolíticos, reguladores del Ph epitelial, tratamientos anti seboreicos capilares y faciales, tratamientos para alopecia, limpiadores de cualquier tipo, exfoliantes, shampoo de cualquier tipo y jabones.

Aparato reproductor: Tratamientos para infertilidad, tratamientos para la disfunción eréctil.

Sistema endocrino: Tratamientos para la obesidad y el control de peso, anorexigénicos, reguladores de la absorción de las grasas, anabólicos, anfetaminas y aminoácidos; quedan excluidos también todos los estimulantes del apetito, complementos vitamínicos de cualquier tipo, minerales independientes (calcio, mg, cromo) suplementos nutricionales en cualquier presentación, edulcorantes.

Tratamientos oncológicos: quimioterapias y radioterapias ya que estas serán manejadas por el gasto médico mayor.

Los tratamientos que no estén establecidos dentro de la alopátia: medicina homeopática, acupuntura, naturista, herbolaria, y cualquier otra rama de la medicina alternativa, así como cualquier tratamiento de medicina estética (micro pigmentaciones, meso terapias).

Otros: Procedimientos de naturaleza experimental y de investigación, los materiales y equipos de curación en cualquiera de sus variedades (incluyendo desinfectantes y antisépticos) aunque sean indicados por el médico.

NO ESTAN CUBIERTOS GASTOS POR CONCEPTO DE FARMACOS DERMATOLOGICOS.

TERAPIAS Y REHABILITACIÓN.

Estos servicios, de ser requeridos por el usuario, estarán cubiertos en régimen ambulatorio, por enfermedad, con monto máximo a cubrir de 5 UMA MENSUAL, de lo contrario se cubrirá por la póliza subpartida 2 de gastos médicos.

LA SUMA ASEGURADA DE 5 UMA MENSUALVDF ES INDEPENDIENTE A LA SUMA ASEGURADA GENERICA PARA EL FONDO EN ADMINISTRACION

**COBERTURA DEL PLAN HOSPITALARIA (SOLO EN EL CASO DE ASCENDIENTES)
COBERTURA DEL PLAN EN URGENCIAS MÉDICAS:**

HONORARIOS: Pago correspondiente a los médicos tratantes y ayudantes asignados por El Administrador del Fondo o por el hospital perteneciente a la red de proveedores de servicios médicos.

Insumos, auxiliares de diagnóstico y tratamientos indispensables para el manejo médico del usuario.

Gastos incurridos en tratamientos e intervenciones médicas, que por parte del médico sean prescritas y necesarias para la atención de los BENEFICIARIOS.

EL Administrador del Fondo solo cubre los servicios ordenados por médicos tratantes de su red de proveedores de servicios médicos previamente pactados. Cualquier situación por fuera de lo anterior debe presentarse por reembolso para evaluación y autorización.

COBERTURA DEL PLAN EN ASISTENCIA HOSPITALARIA Y QUIRURGICA: (SOLO ASCENDIENTES)

HONORARIOS: Pago correspondiente a los médicos tratantes y ayudantes asignados por El Administrador del Fondo o por el hospital perteneciente a la red de proveedores de servicios médicos que hayan practicado algún procedimiento médico o quirúrgico durante el internamiento.

INSUMOS hospitalarios, auxiliares de diagnóstico y tratamientos indispensables para el manejo médico hospitalario y quirúrgico del usuario.

Cuarto privado estándar por día de hospitalización.

Gastos incurridos en tratamientos e intervenciones médicas, que por parte del médico sean prescritas y necesarias para la atención del usuario.

EL Administrador del Fondo sólo cubre los servicios ordenados por médicos tratantes de su red y autorizados por la Coordinación de Seguros. Cualquier situación por fuera de lo anterior no tiene cobertura del plan.

AMBULANCIA: (SOLO ASCENDIENTES)

Quedan cubiertos máximo tres traslados entre instituciones de prestadores de servicios de salud y/o del domicilio del usuario al hospital, previa autorización de El Administrador del Fondo, en ambulancia terrestre, siempre que el servicio se justifique médicamente, en caso de que el usuario hiciera un uso indebido del servicio, es decir que el traslado no tenga una justificación médica, el cargo correrá por su cuenta. El Administrador del Fondo brindará este servicio sólo a través de la red de proveedores de servicios médicos de El Administrador del Fondo en la Ciudad de México o zona conurbada y en caso de urgencia médica en el resto de la República Mexicana.

LENTE INTRAOCULAR (SOLO EN CASO DE ASCENDIENTES)

Prevía autorización del Administrador del Fondo, se cubrirá la colocación del lente intraocular por única vez en cada ojo, para la rehabilitación del usuario a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada por el presente, siempre que el padecimiento ocurra dentro de la vigencia del contrato. El Administrador del Fondo proporcionará dichos lentes a través de la red de proveedores de servicios médicos contratados para tal efecto.

ENDOPROTESIS: (SOLO EN CASO DE ASCENDIENTES)

Prevía autorización del Administrador del Fondo, estarán cubiertas las endoprótesis prescritas por el médico tratante, para todos los usuarios, cuando la enfermedad o accidente ocurra dentro la vigencia del contrato, siempre y cuando el tipo de lesiones o alteraciones pongan en peligro la vida o trastornen en forma importante la función o la forma de un órgano.

No estarán amparados por esta cobertura del plan los reemplazos de endoprótesis ya existentes, ni tampoco sus aditamentos ni baterías de los marcapasos, aun cuando estos hayan sido colocados dentro de la vigencia del contrato.

ADITAMENTOS DE ORTOPEDIA: (SOLO EN CASO DE ASCENDIENTES)

Prevía autorización del Administrador del Fondo y en caso de que el médico tratante considere necesario el uso de aditamentos ortopédicos para la rehabilitación del BENEFICIARIO a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada por el presente contrato y ocurra dentro de la vigencia del contrato. EL Administrador del Fondo proporcionará dichos aditamentos a través de la red de proveedores de servicios médicos contratados para el efecto.

EL Administrador del Fondo se reserva el derecho de comprar o rentar dichos aditamentos.

PROTESIS Y ORTESIS (SOLO ASCENDIENTES)

Prevía autorización del Administrador del Fondo y en caso de que el médico tratante considere necesario el uso y colocación de prótesis y ortesis para el usuario a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada por el presente contrato y ocurrida dentro de la vigencia del contrato. EL Administrador del Fondo proporcionará dichas prótesis u ortesis a través de la red de proveedores contratados para el efecto.

No se encuentra amparado en esta cobertura del plan el reemplazo o ajuste de prótesis u órtesis ya existentes al momento de contratación del plan, ni las baterías para el funcionamiento.

SERVICIOS CUBIERTOS

Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos y la hospitalización, derivados de los siguientes conceptos son materia de cobertura del plan, para efectos del contrato:

Participación en los programas de cuidado en salud.

Consulta médica del primer nivel en la red de servicios médicos de El Administrador del Fondo.

Consulta médica especializada (especialidades reconocidas por los consejos de la especialidad), previa remisión del profesional de primer contacto.

Atención de urgencias en la red de proveedores de servicios médicos de EL Administrador del Fondo.

Atención de urgencias, en las instituciones autorizadas en la red de proveedores de servicios médicos de EL Administrador del Fondo autorizada para tal fin. En caso de que en consecuencia de la atención de la emergencia se establezca la necesidad de realizar un procedimiento distinto y adicional, el usuario titular y/o sus beneficiarios, se ajustarán a lo establecido en el presente contrato.

Atención odontológica preventiva.

Exámenes de laboratorio clínico hasta el monto estipulado

Citología vaginal.

Radiología simple.

Electrocardiografía.

Suministro de medicamentos.

Asistencia médica y quirúrgica hospitalaria.

Atención obstétrica

EXCLUSIONES

Trasplante de órganos.

Tratamiento de Psicopatologías calificadas como crónicas y agudas alcoholismo, toxicomanías y las complicaciones de éstas.

Procedimientos de cirugía plástica o estética con fines de embellecimiento, así como productos, complementos alimenticios, artículos de perfumería, cremas, bloqueadores o anorexígenos para el control de la obesidad o cualquier producto que no se encuentre en el territorio mexicano para tratamiento de afecciones comunes.

Tratamientos suministrados y/o gastos erogados después del término de la vigencia del contrato.

Tratamientos y estudios psiquiátricos de cualquier tipo, anomalía del comportamiento o del desarrollo, así como las relacionadas con trastornos del sueño y sus complicaciones.

Todo gasto que surja como consecuencia de un tratamiento de cualquier accidente o enfermedad y que no esté autorizado por la auditoría médica de El Administrador del Fondo.

Cirugías para corregir trastornos de refracción ocular.

Se excluyen anteojos, cristales, lentes de contacto y/o pupilentes.

Cualquier gasto médico (consulta, medicamentos, honorarios quirúrgicos, estudios de laboratorio y gabinete, hospitalización, tratamientos, etc.) erogado en el extranjero.

Exámenes médicos generales, conocidos como “check-up” (cualquier tipo de estudio de laboratorio o gabinete que no esté autorizado por la auditoría médica y/o médico asignado por El Administrador del Fondo) o tratamientos o procedimientos en vías de experimentación.

Queda excluida toda atención médica, tratamiento, o exámenes relacionados a una maternidad no cubierta o al recién nacido, PRODUCTO DE LA MISMA.

Se excluyen abortos y legrados uterinos o pérdidas voluntarias inducidas, así como sus consecuencias.

Prótesis, el uso de dispositivos de corrección, equipo ortopédico o artefactos médicos que hayan sido adquiridos por el BENEFICIARIO con anterioridad a la fecha del evento o bien que no sean quirúrgicamente requeridos, a no ser que sean necesarios a causa de un accidente, deformidad o enfermedad que se hayan manifestado mientras el BENEFICIARIO esté cubierto por el contrato.

Se excluyen los zapatos ortopédicos, plantillas, sillas de ruedas, medias con gradiente de presión o de descanso, corsés, fajas y todo tipo de aditamento que no esté expresamente autorizado.

Los gastos erogados por hospitalización, estudios de gabinete, aditamentos de ortopedia, prótesis, endoprótesis, y terapias de rehabilitación que no hayan sido autorizados por la auditoría médica de EL Administrador del Fondo.

Durante internaciones hospitalarias, quedan expresamente excluidos los siguientes servicios y productos:

Paquete de admisión (artículos promocionales del hospital que se entregan al ingreso).

Pañuelos desechables.

Accesorios de higiene personal: jabón, shampoo, cremas, aceites, etc.

Llamadas telefónicas locales, larga distancia o a celular realizadas desde la habitación.

Alimentos extras o del acompañante.

Renta de películas y vídeos.

Medias, toallas sanitarias, rastrillos y pantuflas.

Cama de acompañante.

Caja fuerte.

Medicamentos no relacionados con el padecimiento.

Peluquería y/o estética.

Videos por cirugías o tratamientos.

Tabaquería/florería/dulcería/librería/fotografía.

Estacionamiento.

Trámites de registro civil.

Perforaciones en lóbulo de la oreja o circuncisión en recién nacido.

Paquete de pañales desechables.

Todo gasto adicional que no sea indispensable para el tratamiento médico cubierto.

Los cargos adicionales generados por permanencia hospitalaria después del alta médica y/o del límite del horario de salida establecido por el hospital.

La admisión a un hospital con más de 24 horas de anterioridad a la fecha de la operación, a no ser que el médico tratante le informe a la auditoría médica de EL Administrador del Fondo, que la admisión temprana al hospital es necesaria para la salud y bienestar del paciente.

Tratamientos de medicina bioenergética, homeopática, naturista, vegetariana, acupuntura, o con base en hipnotismo y quelaciones.

Servicio de ambulancia aérea.

Estudio y tratamiento de infertilidad (ecografía folicular, salpingografía, fecundación in vitro, y cualquier procedimiento asociado), esterilización femenina o masculina, pruebas genéticas, cambio o transformación de sexo y tratamientos por transformación o mal funcionamiento sexual.

Cualquier tipo de tratamiento relacionado con talla baja.

Hemodiálisis a domicilio.

Lesiones o enfermedades causadas o relacionadas con radiación ionizante, contaminación, contaminación por radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, ignición de combustible nuclear o artefactos nucleares.

Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato, siempre que dichas complicaciones sean comprobadas por EL Administrador del Fondo.

Celuloterapia, escleroterapia, curas de sueño, reposo o similares, tratamientos de obesidad (excepto las consultas de nutrición exclusivamente), adelgazamiento, rejuvenecimiento, cosmetología, cámara hiperbárica y endermology.

Prematuros, malformaciones y padecimientos congénitos de los BENEFICIARIO.

Los gastos relativos a cirugía de la nariz (de cualquier tipo) se consideran como exclusión.

El tratamiento odontológico no cubre prótesis dental, ortodoncia, ni los estudios radiológicos para tratamientos de ortodoncia (ortopantomografía, cefalometría, modelos de estudio, etc.)

No están amparados los gastos efectuados por concepto de coronas, incrustaciones, ni ningún tipo de prótesis dental, ya sea fija o removible.

Gastos relacionados con blanqueamiento dental, carillas o estética dental.

Gastos relacionados con cualquier forma de tratamiento por problemas de mandíbula, maxilar, mentón o articulación temporomandibular, incluyendo síndrome de a.t.m., desordenes cráneo mandibulares, así como todo tipo de cirugía ortognática, malformaciones del desarrollo de los maxilares, como son laterognacia, protrusión, hipoplasia etc. Excepto los padecimientos de origen traumático, relacionados con accidentes ocurridos durante la vigencia del contrato.

Cirugía de implantes, regeneración ósea guiada, relacionada con intenciones de rehabilitación protésica.

Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar del Beneficiario (padre, hermano, hijo, cónyuge).

Salvo pacto en contrario estipulado en el endoso correspondiente, este contrato no cubre los gastos médicos en que se incurra por accidentes o enfermedades que se originen a consecuencia de:

Participar voluntaria o involuntariamente en actos de guerra, rebelión o insurrección.

Delitos intencionales en los cuales el BENEFICIARIO o sus dependientes sean sujetos activos del delito.

Hechos o actos que se deriven cuando el BENEFICIARIO o sus dependientes sean miembros del ejército o de otras fuerzas armadas, de cualquier país u organización de países.

Participar en cualquier deporte profesional o en la práctica amateur del box, lucha libre, karate, parapente, sky, paracaidismo, surfing, rapel, climbing, buceo, tauromaquia, charrería y en general cualquier otro deporte peligroso o extremo.

Intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

Lesiones o enfermedades causadas o relacionadas con alcoholismo, toxicomanías y complicaciones de estas; así como aquellas que se deriven por estar en estado de embriaguez y/o bajo los efectos de drogas ilegales, a menos que no pueda imputarse al BENEFICIARIO culpa grave o negligencia.

Cualquier gasto que no sea para mantener y/o recuperar la salud.

Las atenciones no prescritas expresamente por el médico tratante de la red médica del prestador del servicio o autorizado por éste.

La atención médica y hospitalaria realizada fuera de la red médica, salvo los casos de urgencia médica comprobada o autorizados por el prestador del servicio.

Gastos por gestión administrativa en hospitales, estacionamientos, gastos personales.

La cirugía plástica por cualquier tipo de tratamiento médico de carácter reconstructivo o estético; con excepción de cirugía reconstructiva a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados por el plan.

ESTÁNDARES DE SERVICIO

Se solicitaron los siguientes estándares de servicio:

La compañía aseguradora deberá entregar por escrito y bajo protesta de decir verdad dentro de su propuesta que se obliga a cumplir con los siguientes estándares y condiciones de servicio.

Los estándares de servicio a nivel nacional para el Seguro de Gastos Médicos Mayores el INBA, deberán ser los siguientes:

		Tiempo de Respuesta Máximos
Pago Directo	⇒	Dentro de las 24 hrs. (veinticuatro horas) siguientes a la notificación del evento a la aseguradora.
*Cirugía Programada	⇒	2 (dos) días hábiles
*Reembolsos	⇒	5 (cinco) días hábiles

*Nota: La aseguradora deberá dar respuesta en máximo 5 (cinco) días hábiles a partir de que recibe la documentación completa para su dictamen y una vez que se cuenta con sello o firma de recibido (el horario mínimo de atención deberá ser de 9:00 a 17:00 todos los días hábiles).

Tratándose de complementos, revaloraciones o eventos en los que no se aplique deducible o éste ya haya sido aplicado, la aseguradora pagará al asegurado \$300.00 (trescientos pesos 00/100 M.N.) por cada día hábil de retraso.

Para el caso de rechazo de los cheques derivados de errores por parte de la Aseguradora, esta pagará al asegurado \$300.00 (trescientos pesos 00/100 M.N.) por cada día hábil contando a partir de que la Aseguradora reciba el cheque que presenta el error hasta que emita el cheque correcto.

RED DE HOSPITALES

La red de hospitales propuesta deberá considerar los siguientes:

Grupo Hospitalario	Hospital	Ciudad
Grupo Ángeles	Del Pedregal Metropolitano México Español Mocel	DF
	De interlomas	Edo de Méx
Médica Sur	Tlalpan Lomas Verdes 3 Clínicas CAM's (Polanco, Pedregal y Mty)	DF DF /MTY
	Dalinde Centro Médico Dalinde San Ángel Inn Chapultepec San Ángel Inn Sur HMG Coyoacán 4 Clínicas CAM's (Perinorte, Chapultepec, Sur y Coyoacán)	DF
Muguerza	Alta Especialidad Sur Conchita	Monterrey
	Reynosa	Reynosa
	Saltillo	Saltillo
	Del Parque	Chihuahua
	25 Clínicas CAM's (17 Mty, 1 Reynosa, y 5 Saltillo)	Mty, Chih, Rey, Salt
Puerta de Hierro	Norte	Guadalajara
	Sur	
	Tepic	Tepic
San Javier	Guadalajara	Guadalajara
	Marina Vallarta	Puerto Vallarta

Los hospitales señalados en los numerales anteriores deberán ser los mínimos contemplados por la compañía aseguradora, por lo que deberán presentar las relaciones de hospitales con los que tengan convenios celebrados, en la que deberán incluir los antes indicados.

Se requiere un mínimo de 3 hospitales, donde no se pida depósito de ingreso y se brinde una atención especializada a los asegurados de este Instituto.

Para el efecto, el administrador del fondo deberá contar por lo menos con 4 consultorios o módulos para la atención a asegurados en la Ciudad de México, lo cual deberá acreditar.

La Administradora del Fondo, deberá garantizar que en el hospital que se designe como sede se cuente con un médico especialista en medicina deportiva y/u ortopedista con disponibilidad las 24 horas del día, o en su caso, con una clínica especializada en rehabilitación y medicina deportiva.

Se requieren los nombres y datos de contacto (correo electrónico y teléfonos oficina, celular y radio) de los médicos coordinadores de la zona Metropolitana, Monterrey y Guadalajara que serán los responsables de la atención de esta póliza, con domicilio, número telefónico y correo electrónico, así como cuales deberán ser las funciones y responsabilidades de esta persona. En caso de que estos médicos se cambien durante la vigencia debe notificarse al Instituto.

SEGURO DE VIDA PARA EL BALLETO DE LA COMPAÑÍA NACIONAL DE DANZA

(nombre de la aseguradora) _____ DENOMINADA EN ADELANTE “LA COMPAÑÍA” SE COMPROMETE A INDEMNIZAR A EL INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA (INBA), DENOMINADO EN LO SUBSECUENTE “EL INSTITUTO” DE ACUERDO A LOS LÍMITES, COBERTURAS Y CLÁUSULAS DE ESTA ESPECIFICACIÓN, ASÍ MISMO ADMITE LA RESPONSABILIDAD DE EL ASEGURAMIENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA, BAJO LAS CONDICIONES QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

ASEGURADO:

La presente póliza se expide a favor del INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA (INBA).

COMPROMISOS:

(RAZÓN SOCIAL DE LA ASEGURADORA) DENOMINADA EN ADELANTE “LA COMPAÑÍA”, SE COMPROMETE A INDEMNIZAR AL ASEGURADO DE ACUERDO A LOS LÍMITES, COBERTURAS Y CLÁUSULAS DE ESTA ESPECIFICACIÓN.

POR SU PARTE “EL INSTITUTO” SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA CORRESPONDIENTE Y CUMPLIR CON EL CLAUSULADO DE ESTA PÓLIZA.

VIGENCIA:

Vigencia de las 12:00 horas 18 de febrero de 2018 a las 24:00 horas al 31 de diciembre de 2018

OBJETO:

Cubrir los riesgos de fallecimiento por cualquier causa, muerte accidental y muerte colectiva, e invalidez total y permanente del personal que conforma el Ballet de la Compañía Nacional de Danza.

INDISPUTABILIDAD:

Este seguro no será disputable desde el primer día de aseguramiento, consecuentemente, “LA COMPAÑÍA”, renuncia al derecho constituido a su favor en el artículo 47 de la ley sobre el contrato de seguro.

CARENCIA DE RESTRICCIONES:

La presente póliza no estará sujeta a restricción alguna por razones de residencia, edad, ocupación, viajes, género de vida del personal que conforma el Ballet de la Compañía Nacional de Danza, o cualquier circunstancia similar, y sin necesidad de examen médico.

COLECTIVIDAD ASEGURABLE:

Todo el personal que conforma el Ballet de la Compañía Nacional de Danza, cualquiera que sea su edad, género o puesto y sin necesidad de examen médico, quedarán asegurados a partir de la fecha de inicio de la contratación de la póliza, y, posteriormente, desde el día de ingreso consignado en el nombramiento respectivo.

El personal que ingrese a la colectividad asegurable con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza, quedarán asegurados en la fecha de ingreso, consignada en el control de contratación o de nombramiento respectivo, reportándose el alta a “LA COMPAÑÍA” dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su ingreso.

En el supuesto de que el aviso del alta se dé con posterioridad al tiempo señalado anteriormente, quedarán asegurados a partir de la fecha en que se notifique a “LA COMPAÑÍA” el alta correspondiente.

Aquellos trabajadores que, con motivo de invalidez o incapacidad total, hayan cobrado la suma asegurada correspondiente y se reincorporen a laborar en "EL INSTITUTO", serán asegurados solamente con la COBERTURA DE FALLECIMIENTO SIN EL BENEFICIO DE LA INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL.

QUEDA EXCLUIDO EL PERSONAL QUE HAYAN CAUSADO BAJA POR JUBILACIÓN O PENSIÓN.

EDAD:

Sin límite de edad

SUMA ASEGURADA:

"LA COMPAÑIA" pagará por concepto de suma asegurada, con motivo de fallecimiento o de la incapacidad total y permanente que sufra el personal asegurado, durante la vigencia de la póliza el importe equivalente a:

COBERTURAS REGLA DE SUMA ASEGURADA

COBERTURAS	REGLA DE SUMA ASEGURADA
Fallecimiento por cualquier causa	12 veces el sueldo mensual.
Muerte Accidental	12 veces el sueldo mensual.
Muerte Accidental Colectiva	12 veces el sueldo mensual.
Invalidez Total y Permanente	12 veces el sueldo mensual.

El pago del importe total de la suma asegurada, se llevará a cabo en una sola exhibición, de acuerdo a lo siguiente:

- A). - En caso de fallecimiento del trabajador, directamente a los beneficiarios designados por él.
- B). - Tratándose de incapacidad total y permanente o invalidez, al propio trabajador o a su representante legal, según corresponda.

El pago de la suma asegurada de la cobertura de incapacidad total y permanente o invalidez, excluye al de vida y el de ésta última al primero.

Incapacidad total y permanente. Es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. Lo anterior provocado por un accidente o enfermedad a que esté expuesto en el ejercicio o con motivo de su trabajo, o por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo.

Se conviene expresamente que, en la cobertura de invalidez total y permanente, no comprende la que se derive de lesiones que hubiere provocado intencionalmente el asegurado, ni la que resulte de lesiones sufridas por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares que no hayan sido prescritos por un médico.

La fecha de siniestro por invalidez o incapacidad total y permanente será la fecha de baja definitiva del personal, consignada en el dictamen de invalidez o incapacidad total y permanente, el cual es expedido por el IMSS y/o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

CLÁUSULA DE NO ADHESIÓN:

Por tratarse de un contrato de seguro cuyas condiciones han sido libremente acordadas y fijadas por las partes, sin sujeción a un modelo previamente establecido, se declara expresamente que no se trata de un contrato de adhesión a los que se refieren los artículos 202 y 203 de la ley de instituciones de seguros y fianzas.

PRESCRIPCIÓN:

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguros, prescribirán en cinco años contados en los términos del artículo 81 de la ley sobre el contrato de seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la ley de protección y defensa del usuario de servicios financieros, así como cualquier comunicación escrita entre "EL INSTITUTO" y "LA COMPAÑIA".

Artículo 25 de la ley sobre el contrato de seguro:

"LA COMPAÑIA" renuncia a lo estipulado en el artículo 25 de la ley del contrato de seguros, y acepta que, si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, respetarán las condiciones especiales establecidas en la convocatoria de la licitación, las condiciones especiales de este anexo técnico serán las que regulen el contrato de seguro (póliza) y deberá emitir la póliza bajo estas condiciones y/o corregirla en caso de haberla emitido incorrectamente.

1. Se requieren los nombres y datos de contacto (correo electrónico y teléfonos oficina, celular y radio) de los médicos coordinadores de la zona Metropolitana, Monterrey y Guadalajara que serán los responsables de la atención de esta póliza, con domicilio, número telefónico y correo electrónico, así como cuales deberán ser las funciones y responsabilidades de esta persona. En caso de que estos médicos se cambien durante la vigencia debe notificarse al Instituto.
2. Propuesta técnica.- Se describirán de manera clara y precisa, cumpliendo estrictamente con todas y cada una de las especificaciones establecidas en el Anexo Técnico, incluyendo los proyectos de póliza de sus contratos de adhesión, coberturas y condiciones especiales, con un escrito de presentación, en el que manifieste que la oferta se encuentra elaborada conforme a todos y cada uno de los requerimientos señalados en la presente convocatoria a la licitación pública, y de los que se deriven de la junta de aclaraciones al contenido de la presente convocatoria., la propuesta técnica deberá presentarse preferentemente en el Propuesta Técnica. Para que esta propuesta se considere en la evaluación será necesario que se encuentre firmada por el representante legal en la última hoja.
3. Currículum de la empresa que acredite su experiencia cuando menos por un año en la prestación de servicios de seguro, para lo cual deberán citar nombre, representante de seguros, domicilio y teléfonos de al menos 5 clientes que presenten de referencia, los cuales podrán ser verificados por "EL INBA", en el entendido que cualquier información que no corresponda debidamente a lo manifestado se tendrá como información equivocada, errónea o falsa lo cual será motivo de descalificación.
4. Escrito original en que manifieste que en caso de resultar adjudicado, a que la vigencia y prestación del servicio será a partir de las 12 horas del día 29 de febrero de 2016 a las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2016. Asimismo, que se compromete en caso de resultar adjudicado a proporcionar el servicio solicitado de conformidad a los lugares señalados en el Anexo Técnico.
5. Copia simple y original o copia certificada para cotejo, de su autorización Vigente, expedida por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, para operar como compañía de seguros en los ramos requeridos en la presente licitación.
6. De conformidad con el Acuerdo por el que se establecen diversas disposiciones en materia de recursos materiales y servicios generales publicados en el Diario Oficial de la Federación el 16 de Julio de 2010. Última reforma del 3 de octubre de 2012, los licitantes deberán presentar escrito original detallando la cobertura geográfica con que cuenta la empresa licitante misma que deberá ser acorde con las necesidades de la Convocante.

7. Escrito original en que manifieste la capacidad de atención al realizarse los eventos materia de indemnización, detallando el procedimiento de siniestros, el cual debe ser personalizado para “EL INBA”, incluyendo tiempos y documentación necesaria que como máximo podrá exigir la aseguradora para el pago de las indemnizaciones en los ramos y partidas requeridas en esta licitación, en que participe.

Escrito original en que manifieste que no tiene ni tendrá vinculación económica ni parentesco, ni de ninguna naturaleza, con el Asesor Externo de Seguros contratado por “EL INBA”, derivado y relacionado con la colocación del Programa a licitar.

GARANTIAS

No aplica.

FORMA DE PAGO

El pago correspondiente, se realizará al inicio de la prestación del servicio en una sola exhibición, con fundamento en el Artículo 13 de la “LAASSP” previo a la presentación y aceptación de la factura por parte del Director de Personal o quien este designe en su calidad de administrador del contrato, sita en Av. Juárez No. 101 Piso 01, Colonia Centro Histórico, C.P. 06040, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, para tal efecto el proveedor deberá, sin excepción alguna, presentar la siguiente documentación:

- La factura que deberá señalar la descripción de los servicios, cantidad, unidad, precio unitario y total, desglosando el IVA, No. del instrumento jurídico y la razón social, teléfonos y dirección del proveedor.
- Cuando se apliquen penalizaciones, se deberá anexar cheque a favor de la Tesorería de la Federación o en su caso nota de crédito para aplicar descuento en pago de la factura.

El pago se realizará en moneda nacional previa instrucción de pago que efectúe “EL INBA”, a la Tesorería de la Federación mediante transferencia bancaria a la cuenta que para tal efecto señale el proveedor, a través del Sistema Integral de Administración Financiera Federal (SIAFF) que opera la Tesorería de la Federación.

En caso de que la factura y/o recibo entregada por el proveedor para su pago, presente errores o deficiencias, “EL INBA”, dentro de los tres días hábiles siguientes al de su recepción, indicará por escrito al proveedor las deficiencias que deberá corregir. El periodo que transcurra a partir de la entrega del citado escrito y hasta que el proveedor presente las correcciones, no se computará para efectos del Artículo 51 de la LAASSP.

No se aceptarán condiciones de pago diferentes a las establecidas anteriormente y no se otorgará anticipo alguno y las facturas que se presenten deberán cumplir con los requisitos que estipula el Código Fiscal de la Federación en sus Artículos 29 y 29-A.

Tratándose de pagos en exceso que haya recibido el proveedor se estará a lo dispuesto en el tercer párrafo del Artículo 51 de la LAASSP.

PENAS CONVENCIONALES

Con base en el Artículo 53 de la “LAASSP” y 95 del “RLAASSP”, sí el proveedor incurriera en algún atraso en los plazos establecidos para la prestación del servicio objeto del presente procedimiento, le será aplicable una pena convencional, conforme a lo siguiente:

En caso de que el proveedor no entregue la Carta Cobertura a más tardar el día 16 de febrero a las 18:00 horas, se obliga a pagar como pena convencional, el equivalente al 2% por cada día natural de retraso sobre el importe total máximo de la partida adjudicada antes de IVA.

Se aplicará una pena convencional del 5% sobre el importe procedente por cada día natural de retraso, de acuerdo con los “Tiempos de Respuesta” establecidos en el numeral 1.8.1. del **Anexo 1**.

Una vez transcurridos cualquiera de estos dos supuestos "EL INBA" podrá iniciar el procedimiento de rescisión del contrato

Una vez que sea(n) notificada(s) la(s) penalización(es) a través del oficio correspondiente, para el pago de la misma(s), el proveedor contará con un plazo que no excederá de cinco días hábiles contados a partir de la fecha de recepción de la notificación, cuyo pago se realizará a través de depósito bancario formato e-5 a favor de la Tesorería de la Federación (cerrado a pesos, el monto se ajustará para que las que contengan cantidades que incluyan de 1 hasta 50 centavos se ajusten a la unidad inmediata anterior y las que contengan de 51 a 99 centavos, se ajusten a la unidad inmediata superior), o bien, en efectivo en la Dirección de Recursos Financieros en "EL INBA", quien emitirá el recibo correspondiente.

Además de las sanciones convenidas, se aplicarán las demás que procedan, de conformidad con lo estipulado en el Artículo 53 de la "LAASSP", los Artículos 95 y 96 del "RLASSP".

DEDUCCIONES

No aplica.

ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

El Servidor Público responsable de verificar, administrar y supervisar el cumplimiento de las obligaciones del contrato será el C. Joaquín Zámano Siles Jefe de Departamento de la Coordinación de Seguros, dependiente de la Dirección de Personal del INBA.

ANEXO 2

MODELO DE CONTRATO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL **INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA Y LITERATURA**, EN LO SUCESIVO “**EL INBA**”, REPRESENTADO POR _____, EN SU CARÁCTER DE SUBDIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y APODERADO LEGAL, ASISTIDO EN ESTE ACTO POR _____ Y _____, EN SUS CALIDADES DE _____ Y _____, RESPECTIVAMENTE; Y POR LA OTRA PARTE _____, POR CONDUCTO DE SU _____, _____, EN LO SUCESIVO “**EL PROVEEDOR**”; Y ACTUANDO AMBAS PARTES CONTRATANTES EN SU CONJUNTO SE LES DENOMINARÁ COMO “**LAS PARTES**”, DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES:

1. DECLARA “EL INBA” A TRAVÉS DE SU APODERADO LEGAL QUE:

1.1 ES UN ÓRGANO DESCONCENTRADO CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIO, DEPENDIENTE DE LA SECRETARÍA DE CULTURA, ENTRE CUYAS FINALIDADES SE ENCUENTRAN EL CULTIVO, FOMENTO, ESTÍMULO, CREACIÓN E INVESTIGACIÓN DE LAS BELLAS ARTES, CONFORME A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 1º Y 2º DE SU LEY DE CREACIÓN; PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 31 DE DICIEMBRE DE 1946.

1.2 CUENTA CON LAS FACULTADES SUFICIENTES Y NECESARIAS PARA CELEBRAR EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DE CONFORMIDAD CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO _____ DE FECHA ____ DE _____ DE _____, OTORGADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PÚBLICO NÚMERO _____ EN LA CIUDAD DE MÉXICO, LICENCIADO _____.

1.3 PARA CUBRIR LAS EROGACIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO SE CUENTA CON LA SUFICIENCIA PRESUPUESTAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO EN LA PARTIDA PRESUPUESTAL _____, CORRESPONDIENTE A “_____”.

1.4 LA ADJUDICACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SE REALIZÓ MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE _____, LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS ____ DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, EN LO SUCESIVO IDENTIFICADA COMO LA LEY Y DEMÁS RELATIVOS DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, QUE EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ *EL REGLAMENTO*.

_____, _____, COMO ÁREA SOLICITANTE SERÁ LA RESPONSABLE DE ADMINISTRAR, VERIFICAR Y VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, IDENTIFICADO EN ADELANTE COMO “**EL ADMINISTRADOR**”.

1.5 SE REQUIERE DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE _____.

1.6 PARA EFECTOS FISCALES, LAS AUTORIDADES HACENDARIAS LE HAN ASIGNADO EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES **INB470101FA5**.

1.7 TIENE UBICADO SU DOMICILIO LEGAL EN EL PRIMER PISO MÓDULO “A”, DEL EDIFICIO ANEXO AL COSTADO SUR ORIENTE DEL AUDITORIO NACIONAL, EN PASEO DE LA REFORMA Y CAMPO MARTE, COLONIA POLANCO CHAPULTEPEC, CÓDIGO POSTAL 11560, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

2. DECLARA “EL PROVEEDOR” A TRAVÉS DE SU APODERADO QUE:

2.1 ES UNA PERSONA MORAL LEGALMENTE CONSTITUIDA CONFORME A LO DISPUESTO POR LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, SEGÚN CONSTA EN ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO _____ DE FECHA ____ DE _____ DE _____, OTORGADA ANTE LA FE NOTARIO PÚBLICO NÚMERO _____ EN LA CIUDAD DE MÉXICO, LICENCIADO _____.

2.2 TIENE POR OBJETO ENTRE OTROS _____.

2.3 CUENTA CON LAS FACULTADES SUFICIENTES Y NECESARIAS PARA OBLIGAR A SU _____ EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PACTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO, LO CUAL ACREDITA MEDIANTE _____, EL CUAL CONSTA EN _____; FACULTADES QUE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO LE HAN SIDO REVOCADAS, LIMITADAS O MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA A LA FECHA; Y SE IDENTIFICA CON _____ EXPEDIDA A SU FAVOR POR _____ CON NÚMERO DE FOLIO _____.

2.4 SEÑALA COMO DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, EL UBICADO EN _____.

2.5 ESTÁ INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO CON LA CLAVE _____.

2.6 BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, LAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE DE LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA, NO SE ENCUENTRAN EN LOS SUPUESTOS DE LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA LEY.

2.7 TIENE CAPACIDAD JURÍDICA, TÉCNICA Y ECONÓMICA, CONTANDO CON ELEMENTOS PROPIOS, HUMANOS Y MATERIALES PARA OBLIGARSE A PRESTAR LOS SERVICIOS CONTRATADOS, QUE SE ENCUENTRAN BAJO SU ÚNICA Y ESTRICTA DEPENDENCIA.

2.8 HA CONSIDERADO TODOS LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA EJECUCIÓN SATISFACTORIA DEL SERVICIO OBJETO DE ESTE CONTRATO, DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN EL ANEXO DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

3. DECLARAN "LAS PARTES" QUE:

3.1 CELEBRAN EL PRESENTE CONTRATO EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY, EL REGLAMENTO Y DE FORMA SUPLETORIA: EL CÓDIGO CIVIL FEDERAL, LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS CIVILES, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR EL ARTÍCULO 11 DE LA LEY.

3.2 PARA GARANTIZAR EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 1, 3, 5, 9 Y 11 FRACCION XI, 68, 110, 113 Y DEMAS RELATIVOS DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, OTORGAN SU CONSENTIMIENTO PARA QUE EN CASO DE SER SOLICITADO, SE PROPORCIONEN LOS DATOS QUE OBRAN EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, SALVO AQUELLA INFORMACIÓN QUE LAS MISMA LEY CONSIDERE COMO RESERVADA O CONFIDENCIAL, EN APEGO A LO PREVISTO EN LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PUBLICA.

3.3 ENTERADAS DEL CONTENIDO DE LAS DECLARACIONES ANTERIORES, RECONOCIENDO PLENAMENTE LA PERSONALIDAD Y CAPACIDAD JURÍDICA CON QUE COMPARECEN, MANIFESTANDO EXPRESAMENTE QUE CONOCEN CADA UNA DE SUS OBLIGACIONES Y NO EXISTEN VICIOS EN SU CONSENTIMIENTO QUE PODRÍAN INVALIDAR O NULIFICAR EL PRESENTE ACTO JURÍDICO, ESTÁN CONFORMES EN SUJETAR SU VOLUNTAD A LA FORMA Y TÉRMINOS QUE SE ESTIPULAN EN LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO: "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A PRESTAR A FAVOR DE "EL INBA" EL SERVICIO DE _____, EN LO SUCESIVO EL "SERVICIO", CONFORME A LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN ESTE CONTRATO Y SU ANEXO (**ANEXO 1** "PROPUESTA TÉCNICA" Y "PROPUESTA ECONÓMICA"), MISMO QUE DEBIDAMENTE FIRMADO POR "LAS PARTES" FORMA PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

SEGUNDA. IMPORTE: "EL INBA" PAGARÁ A "EL PROVEEDOR" POR LA PRESTACIÓN DEL "SERVICIO", COMO IMPORTE POR LA CANTIDAD DE \$ _____ MÁS \$ _____ POR CONCEPTO DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, (I.V.A.), LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LOS PRECIOS UNITARIOS ESTABLECIDOS EN EL **ANEXO** ___.

TERCERA. VIGENCIA: LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DEL DÍA ___ DE _____ AL ___ DE _____ DEL _____.

CUARTA. FORMA DE PAGO: EL PAGO CORRESPONDIENTE AL OBJETO DE ESTE CONTRATO SE EFECTUARÁ EN _____ EXHIBICIÓN EN MONEDA NACIONAL PREVIA INSTRUCCIÓN DE PAGO QUE EFECTÚE "EL INBA", A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS A LA TESORERÍA DE LA FEDERACIÓN, EN ADELANTE "LA TESOFE", MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA A LA CUENTA QUE PARA TAL EFECTO SEÑALE "EL PROVEEDOR", A TRAVÉS DEL SISTEMA INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA FEDERAL (SIAFF) QUE OPERA "LA TESOFE", LO ANTERIOR, UNA VEZ QUE SE CUENTE CON LA APROBACIÓN DE "EL ADMINISTRADOR", RELATIVO A LA PRESTACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL "SERVICIO", PARA TAL EFECTO, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ, SIN EXCEPCIÓN ALGUNA, PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN EN _____ SITA EN AVENIDA

JUÁREZ NÚMERO 101, PISO _____, COLONIA CENTRO, DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC, CÓDIGO POSTAL 06040, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, , CONSISTENTE EN:

- a) FACTURA, EN LA QUE SE DEBERÁ SEÑALAR LA DESCRIPCIÓN DEL “SERVICIO”, CANTIDAD, UNIDAD, PRECIO UNITARIO Y TOTAL, DESGLOSANDO EL I.V.A., NÚMERO DEL INSTRUMENTO JURÍDICO, LA RAZÓN SOCIAL, TELÉFONOS Y DIRECCIÓN DE “**EL PROVEEDOR**”.
- b) CUANDO SE APLIQUEN PENALIZACIONES O DEDUCCIONES, SE DEBERÁ ANEXAR CHEQUE A FAVOR DE LA TESORERÍA DE LA FEDERACIÓN O EN SU CASO NOTA DE CRÉDITO PARA APLICAR DESCUENTO EN PAGO DE LA FACTURA.
- c) COPIA DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO (SOLO EN LA PRIMERA FACTURACIÓN).

EN CASO DE QUE LA FACTURA ENTREGADA POR “**EL PROVEEDOR**” PARA SU PAGO, PRESENTE ERRORES O DEFICIENCIAS, “**EL INBA**” DENTRO DE LOS 3 (TRES) DÍAS NATURALES SIGUIENTES AL DE SU RECEPCIÓN, INDICARÁ POR ESCRITO A “**EL PROVEEDOR**” LAS DEFICIENCIAS QUE DEBERÁ CORREGIR. EL PERIODO QUE TRANSCURRA A PARTIR DE LA ENTREGA DEL CITADO ESCRITO Y HASTA QUE “**EL PROVEEDOR**” PRESENTE LAS CORRECCIONES, NO SE COMPUTARÁ PARA EFECTOS DEL ARTÍCULO 51 DE LA LEY.

“**EL INBA**” REALIZARÁ EL PAGO DEL “SERVICIO” HASTA POR UN PLAZO DE 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES SIGUIENTES DE RECIBIDA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR “**EL ADMINISTRADOR**”, A SU ENTERA SATISFACCIÓN, QUEDANDO CONDICIONADO PROPORCIONALMENTE AL PAGO QUE “**EL PROVEEDOR**” DEBA EFECTUAR, EN SU CASO, POR CONCEPTO DE PENAS CONVENCIONALES, EN EL ENTENDIDO DE QUE SI EL CONTRATO ES RESCINDIDO NO PROCEDERÁ EL COBRO DE DICHAS PENAS NI LA CONTABILIZACIÓN DE LAS MISMAS AL HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

NO SE ACEPTARÁN CONDICIONES DE PAGO DIFERENTES A LAS ESTABLECIDAS ANTERIORMENTE Y NO SE OTORGARÁ ANTICIPO ALGUNO Y LAS FACTURAS QUE SE PRESENTEN DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LOS ARTÍCULOS 29 Y 29 A DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN.

QUINTA. PAGOS EN EXCESO: EN CASO DE QUE “**EL PROVEEDOR**” HAYA RECIBIDO PAGOS EN EXCESO POR “**EL INBA**”, DEBERÁ REINTEGRARLE LAS CANTIDADES MÁS LOS INTERESES CORRESPONDIENTES DE CONFORMIDAD CON EL PÁRRAFO TERCERO DEL ARTÍCULO 51 DE LA LEY.

SEXTA. PRECIOS: LOS PRECIOS SE MANTENDRÁN FIJOS DURANTE Y HASTA LA TERMINACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, POR LO QUE “**EL PROVEEDOR**” NO PODRÁ SOLICITAR INCREMENTO POR NINGÚN OTRO CONCEPTO.

SÉPTIMA. IMPUESTOS Y DERECHOS: LOS IMPUESTOS Y DERECHOS QUE PROCEDAN POR LA CONTRATACIÓN DEL “SERVICIO”, SERÁN POR CUENTA DE “**EL PROVEEDOR**”. “**EL INBA**” ÚNICAMENTE CUBRIRÁ EL I.V.A., QUE DEBERÁ PRESENTARSE DESGLOSADO EN LA FACTURA.

OCTAVA. LUGAR, TIEMPO Y FORMA DE PRESTACIÓN DEL “SERVICIO”: “**EL PROVEEDOR**” SE OBLIGA A PRESTAR EL “SERVICIO” CONFORME A LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS ANEXOS.

PERSONAL AUTORIZADO DE “**EL ADMINISTRADOR**”, SUPERVISARÁ QUE EN LA PRESTACIÓN DEL “SERVICIO”, “**EL PROVEEDOR**” CUMPLA CON LAS ESPECIFICACIONES SEÑALADAS EN EL **ANEXO “A”** Y EN GENERAL QUE SE CUMPLA CON TODAS LAS ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO, DANDO POR ESCRITO LAS INSTRUCCIONES QUE ESTIME CONVENIENTES A FIN DE QUE “**EL PROVEEDOR**” SE AJUSTE A LO CONTRATADO.

NOVENA. GARANTÍAS: “**EL PROVEEDOR**” SE OBLIGA A CONSTITUIR EN LA FORMA, TÉRMINOS Y PROCEDIMIENTOS PREVISTOS EN LOS ARTÍCULOS 48 Y 49 DE LA LEY Y 103 DE EL REGLAMENTO, LAS GARANTÍAS A QUE HAYA LUGAR CON MOTIVO DEL CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO, QUE EN EL PRESENTE CASO CONSISTE EN UNA PÓLIZA DE FIANZA A FAVOR DE “LA TESOFE” Y A DISPOSICIÓN DE “**EL INBA**”, POR EL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO ANTES DE I.V.A., A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO.

LA FALTA DE ENTREGA DE DICHA GARANTÍA ES CAUSAL DE RESCISIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO. LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO SE HARÁ EFECTIVA POR EL MONTO TOTAL DE LA OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

EN CASO DE INCREMENTO AL MONTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO O MODIFICACIÓN AL PLAZO, “**EL PROVEEDOR**” SE OBLIGA A ENTREGAR A “**EL INBA**” AL MOMENTO DE LA FORMALIZACIÓN RESPECTIVA LOS DOCUMENTOS MODIFICATORIOS O ENDOSOS CORRESPONDIENTES, DEBIENDO CONTENER EL DOCUMENTO LA ESTIPULACIÓN DE QUE SE OTORGA DE MANERA CONJUNTA, SOLIDARIA E INSEPARABLE DE LA FIANZA OTORGADA INICIALMENTE.

LA GARANTÍA QUE REFIERE ESTA CLÁUSULA, SERÁ LIBERADA POR “**EL INBA**”, UNA VEZ QUE “**EL PROVEEDOR**” DEMUESTRE HABER CUMPLIDO CON LA TOTALIDAD DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO; PARA LIBERAR LA GARANTÍA SERÁ INDISPENSABLE LA CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EMITIDA POR “**EL INBA**”, CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 81 FRACCIÓN VIII Y 103 FRACCIÓN I, INCISO B, DE *EL REGLAMENTO*.

DÉCIMA. CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES: “**EL PROVEEDOR**” NO PODRÁ CEDER NI TRANSFERIR TOTAL O PARCIALMENTE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO, SALVO LOS DERECHOS DE COBRO, MISMOS QUE SÓLO PODRÁN SER CEDIDOS PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE “**EL INBA**”, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 46 DE *LA LEY*.

DÉCIMA PRIMERA. RECURSOS HUMANOS, RESPONSABILIDAD LABORAL Y FISCAL: EL PRESENTE CONTRATO SE SUSCRIBE EN ATENCIÓN A QUE “**EL PROVEEDOR**” CUENTA CON PERSONAL ALTAMENTE CAPACITADO Y CON ELEMENTOS PROPIOS PARA EJECUTAR EL “SERVICIO” OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO; POR LO QUE, EN NINGÚN MOMENTO SE CONSIDERARÁ COMO INTERMEDIARIO, PATRÓN SUSTITUTO O SOLIDARIO A “**EL INBA**” RESPECTO DE DICHO PERSONAL, POR LO TANTO, “**EL PROVEEDOR**” SE COMPROMETE A EXIMIRLO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD LABORAL, FISCAL Y/O DE SEGURIDAD SOCIAL QUE CON MOTIVO DE ESTE INSTRUMENTO PUDIERA SURGIR.

DÉCIMA SEGUNDA. MODIFICACIONES AL PRESENTE CONTRATO: “**EL INBA**” DENTRO DE SU PRESUPUESTO APROBADO Y DISPONIBLE, BAJO SU RESPONSABILIDAD Y POR RAZONES FUNDADAS Y EXPLÍCITAS, PODRÁ MODIFICAR EL PRESENTE CONTRATO DURANTE SU VIGENCIA PARA INCREMENTAR EL “SERVICIO”, SIEMPRE QUE EL MONTO TOTAL DE LAS MODIFICACIONES NO REBASE EN SU CONJUNTO EL 20% (VEINTE POR CIENTO) DE LOS CONCEPTOS Y VOLÚMENES ESTABLECIDOS ORIGINALMENTE Y QUE EL PRECIO DEL “SERVICIO” SEA IGUAL AL PACTADO ORIGINALMENTE, LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 52 DE *LA LEY* Y 91 DE *EL REGLAMENTO*.

DÉCIMA TERCERA. PENAS CONVENCIONALES: “**EL INBA**” EN TÉRMINOS DE LO PREVISTO POR EL ARTÍCULO 53 DE *LA LEY*, 95 Y 96 DE *EL REGLAMENTO*, ASÍ COMO DE LAS “POBALINES” VIGENTES DE “**EL INBA**”, APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL A “**EL PROVEEDOR**” DEL 1.5% (UNO PUNTO CINCO POR CIENTO) SOBRE EL IMPORTE TOTAL ANTES DEL I.V.A, ESTABLECIDO EN EL PRESENTE CONTRATO Y SERÁ POR CADA DÍA NATURAL QUE INCURRA EN ATRASO DE CUMPLIMIENTO DEL “SERVICIO” CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS **ANEXOS**.

LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁN EXCEDER DE 10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES, UNA VEZ TRANSCURRIDO ESTE SUPUESTO “**EL INBA**” PODRÁ INICIAR EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO.

UNA VEZ QUE SEA NOTIFICADA LA PENALIZACIÓN A TRAVÉS DEL OFICIO CORRESPONDIENTE, PARA EL PAGO DE LA MISMA, “**EL PROVEEDOR**” CONTARÁ CON UN PLAZO QUE NO EXCEDERÁ DE 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN, CUYO PAGO SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE DE CAJA O CERTIFICADO A FAVOR DE “LA TESOFÉ” (CERRADO A PESOS, EL MONTO SE AJUSTARÁ PARA QUE LAS QUE CONTENGAN CANTIDADES QUE INCLUYAN DE 1 HASTA 50 CENTAVOS SE AJUSTEN A LA UNIDAD INMEDIATA ANTERIOR Y LAS QUE CONTENGAN DE 51 A 99 CENTAVOS, SE AJUSTEN A LA UNIDAD INMEDIATA SUPERIOR) O BIEN, EN EFECTIVO EN LA DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS DE “**EL INBA**”, QUIEN EMITIRÁ EL RECIBO CORRESPONDIENTE.

DÉCIMA CUARTA. DEDUCTIVAS: DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 53 BIS DE *LA LEY*, “**EL INBA**” APLICARÁ A “**EL PROVEEDOR**” CON MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFICIENTE EN QUE PUDIERA INCURRIR RESPECTO DEL “SERVICIO”, LAS DEDUCTIVAS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN:

DESCRIPCIÓN	DEDUCCIÓN

UNA VEZ QUE SEA NOTIFICADA LA DEDUCCIÓN A TRAVÉS DEL OFICIO CORRESPONDIENTE, PARA EL PAGO DE LA MISMA, “**EL PROVEEDOR**” CONTARÁ CON UN PLAZO QUE NO EXCEDERÁ DE 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN, CUYO PAGO SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE DE CAJA O CERTIFICADO A FAVOR DE “LA TESOFÉ” (CERRADO A PESOS, EL MONTO SE AJUSTARÁ PARA QUE LAS QUE CONTENGAN CANTIDADES QUE INCLUYAN DE 1 HASTA 50 CENTAVOS SE AJUSTEN A LA UNIDAD INMEDIATA ANTERIOR Y LAS QUE CONTENGAN DE 51 A 99 CENTAVOS, SE AJUSTEN A LA UNIDAD INMEDIATA SUPERIOR) O BIEN, EN EFECTIVO EN LA DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS DE “**EL INBA**”, QUIEN EMITIRÁ EL RECIBO CORRESPONDIENTE.

SE ESTABLECE COMO LÍMITE DE INCUMPLIMIENTO A PARTIR DEL CUAL SE PODRÁ RESCINDIR EL PRESENTE CONTRATO LA APLICACIÓN DE _____ DEDUCCIONES.

DÉCIMA QUINTA. RESCISIÓN DE CONTRATO: “EL INBA” DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 54 DE LA LEY Y 98 DE EL REGLAMENTO, PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE CONTRATO SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES POR PARTE DE “EL PROVEEDOR”, QUE DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO LIMITATIVA, SE REFIEREN A CONTINUACIÓN:

- a) INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE SUS OBLIGACIONES PREVISTAS EN EL PRESENTE CONTRATO.
- b) NO PRESTE EL “SERVICIO” DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS ANEXOS.
- c) SI DERIVADO DE ALGUNA RESOLUCIÓN JUDICIAL SE LE DECLARA EN CONCURSO MERCANTIL O SE VE AFECTADO EN SU PERSONA O PATRIMONIO DE TAL MANERA QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO SUS OBLIGACIONES.
- d) TRANSMITE TOTAL O PARCIALMENTE, BAJO CUALQUIER TÍTULO, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES A QUE SE REFIERE EL PRESENTE CONTRATO, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, EN CUYO CASO SE DEBERÁ CONTAR CON LA CONFORMIDAD PREVIA DE “EL INBA”.
- e) NO PROPORCIONE A “EL INBA” LAS FACILIDADES E INFORMACIÓN NECESARIA QUE PERMITAN A ÉSTE REALIZAR LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA, SUPERVISIÓN Y COMPROBACIÓN DE QUE EL “SERVICIO” ESTÁ SIENDO PRESTADO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO Y SUS ANEXOS.
- f) CUANDO SE INCUMPLAN O CONTRAVENGAN LAS DISPOSICIONES DE LA LEY, EL REGLAMENTO Y LOS LINEAMIENTOS QUE RIGEN EN LA MATERIA.
- g) CUANDO INCURRA EN RESPONSABILIDAD POR ERRORES U OMISIONES EN LA PRESTACIÓN DEL “SERVICIO”.
- h) POR INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA FORMALIZAR EL CONTRATO.
- i) CUANDO SE AGOTE EL MONTO LÍMITE DE APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES PACTADAS EN ESTE CONTRATO.
- j) LA FALTA DE RESPUESTA POR PARTE DE “EL PROVEEDOR” EN EL SUPUESTO DE QUE “EL INBA” LE FORMULE UNA RECLAMACIÓN CON MOTIVO DE LA PRESTACIÓN DEL “SERVICIO”.
- k) EN CASO DE QUE PRETENDA MODIFICAR LOS PRECIOS DEL “SERVICIO” DURANTE LA VIGENCIA DEL MISMO, SIN AUTORIZACIÓN DE “EL INBA”.
- l) SI SE SUBCONTRATA LA ENTREGA DE LOS BIENES Y/O PRESTACIÓN DEL “SERVICIO” MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO.

DÉCIMA SEXTA. PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN: SI SE PRESENTA UNA O VARIAS HIPÓTESIS DE LAS PREVISTAS EN LA CLÁUSULA ANTERIOR O SI “EL PROVEEDOR” INCUMPLE CON ALGUNA DE SUS OBLIGACIONES PACTADAS EN ESTE CONTRATO, “EL INBA”, EN CUALQUIER MOMENTO, PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, PARA LO CUAL DEBERÁ LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 54 DE LA LEY.

DECIMA SÉPTIMA. SANCIONES: LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA PODRÁ SANCIONAR A “EL PROVEEDOR” EN LA FORMA Y TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 59 DE LA LEY, SI LLEGARA A INCURRIR EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS ESTABLECIDOS EN EL MISMO PRECEPTO LEGAL; ASIMISMO, PODRÁ INHABILITARLOS TEMPORALMENTE PARA PARTICIPAR DE MANERA DIRECTA O POR INTERPÓSITA PERSONA EN PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN O CELEBRAR CONTRATOS REGULADOS POR LA LEY, POR UN PLAZO NO MENOR A TRES MESES NI MAYOR A CINCO AÑOS, CUANDO SE UBIQUE EN ALGUNO DE LOS SUPUESTOS NORMATIVOS DEL ARTÍCULO 60 DE LA LEY.

DECIMA OCTAVA. SUSPENSIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL “SERVICIO”: CON BASE EN EL ARTÍCULO 55 BIS DE LA LEY, CUANDO EN LA PRESTACIÓN DEL “SERVICIO” SE PRESENTE CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR, “EL INBA” BAJO SU RESPONSABILIDAD PODRÁ SUSPENDER LA PRESTACIÓN DEL MISMO, EN CUYO CASO ÚNICAMENTE PAGARÁ AQUELLOS QUE HUBIESEN SIDO EFECTIVAMENTE PRESTADOS.

CUANDO DICHA SUSPENSIÓN OBEDEZCA A CAUSAS IMPUTABLES A “EL INBA”, “EL PROVEEDOR” TENDRÁ DERECHO AL PAGO DE LOS GASTOS NO RECUPERABLES Y AL PAGO DEL “SERVICIO” QUE SE HUBIESE EFECTIVAMENTE PRESTADO, DURANTE EL TIEMPO QUE DURE ESTA SUSPENSIÓN.

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS ANTERIORES SE PACTARÁ POR “LAS PARTES” EL PLAZO DE SUSPENSIÓN, A CUYO TÉRMINO PODRÁ INICIARSE LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL PRESENTE CONTRATO.

POR CASO FORTUITO, FUERZA MAYOR O CAUSAS ATRIBUIBLES A “**EL INBA**”, SE PODRÁN MODIFICAR LOS PLAZOS PACTADOS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, PARA LA ENTREGA DE LOS SERVICIOS OBJETO DE ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO, DEBIENDO FORMALIZARSE EL CONVENIO MODIFICATORIO RESPECTIVO, EN CUYO CASO, NO PROCEDERÁ LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO. TRATÁNDOSE DE CAUSAS IMPUTABLES A “**EL INBA**”, NO SE REQUERIRÁ DE LA SOLICITUD DE “**EL PROVEEDOR**”.

EN CASO DE QUE “**EL PROVEEDOR**” NO OBTenga LA PRÓRROGA DE REFERENCIA, POR SER CAUSA IMPUTABLE A ÉSTE EL ATRASO, SE HARÁ ACREEDOR A LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES.

DECIMA NOVENA. TERMINACIÓN ANTICIPADA: “**EL INBA**” PODRÁ DAR POR TERMINADO EL PRESENTE CONTRATO EN FORMA ANTICIPADA EN CUALQUIER MOMENTO, PREVIO AVISO QUE POR ESCRITO REALICE A “**EL PROVEEDOR**”, CUANDO INCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, CUANDO POR CAUSAS JUSTIFICADAS SE EXTINGA LA NECESIDAD DE REQUERIR EL “SERVICIO” ORIGINALMENTE CONTRATADO, MOTIVO DE ESTE CONTRATO O SE DETERMINE LA NULIDAD TOTAL O PARCIAL DE LOS ACTOS QUE DIERON ORIGEN AL CONTRATO, CON MOTIVO DE LA RESOLUCIÓN DE UNA INCONFORMIDAD EMITIDA POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA.

EN ESTOS SUPUESTOS “**EL INBA**”, LIQUIDARÁ EN SU CASO A “**EL PROVEEDOR**”, EL “SERVICIO” QUE FUE OTORGADO A ENTERA SATISFACCIÓN DE “**EL INBA**” CONFORME AL CONTRATO Y QUE NO SE HUBIERA PAGADO, ASÍ COMO LOS GASTOS NO RECUPERABLES EN QUE HAYA INCURRIDO, SIEMPRE QUE ÉSTOS SEAN RAZONABLES, ESTÉN DEBIDAMENTE COMPROBADOS Y SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON ESTE CONTRATO, LO ANTERIOR, DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 54-BIS DE LA LEY Y 102 DE EL REGLAMENTO.

VIGÉSIMA. CONFIDENCIALIDAD: “**LAS PARTES**” ESTÁN CONFORMES EN QUE LA INFORMACIÓN QUE SE DERIVE DE LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO, ASÍ COMO TODA AQUELLA INFORMACIÓN QUE “**EL INBA**” ENTREGUE A “**EL PROVEEDOR**” TENDRÁ EL CARÁCTER DE CONFIDENCIAL, POR LO QUE “**EL PROVEEDOR**” SE COMPROMETE A NO PROPORCIONARLA A TERCEROS, INCLUSIVE DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DE ESTE CONTRATO.

VIGÉSIMA PRIMERA. OTRAS ESTIPULACIONES ESPECÍFICAS: “**LAS PARTES**” ACUERDAN QUE EN CASO DE DISCREPANCIA ENTRE _____ Y EL PRESENTE CONTRATO, PREVALECE LO ESTABLECIDO EN LA PRIMERA, DE CONFORMIDAD CON EL PENÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 45 DE LA LEY Y CON EL ARTÍCULO 81 FRACCIÓN IV DE EL REGLAMENTO.

EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 45 FRACCIÓN XX DE LA LEY, “**EL PROVEEDOR**” MANIFIESTA QUE EN CASO DE VIOLACIONES EN MATERIA DE DERECHOS INHERENTES A LA PROPIEDAD INTELECTUAL, LA RESPONSABILIDAD ESTARÁ A SU CARGO, SACANDO EN PAZ Y SALVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD AL RESPECTO A “**EL INBA**”. ASIMISMO, “**LAS PARTES**” CONVIENEN QUE LOS DERECHOS INHERENTES A LA PROPIEDAD INTELECTUAL, QUE SE DERIVEN DEL “SERVICIO”, INVARIABLEMENTE SE CONSTITUIRÁN A FAVOR DE “**EL INBA**”, EN TÉRMINOS DE LAS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES.

VIGÉSIMA SEGUNDA. INFORMACIÓN Y VERIFICACIÓN: “**EL PROVEEDOR**” SE OBLIGA A PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON ESTE CONTRATO QUE EN SU MOMENTO LE REQUIERA LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DE “**EL INBA**”, CON MOTIVO DE LAS AUDITORIAS, VISITAS E INSPECCIONES QUE PRACTIQUEN.

VIGÉSIMA TERCERA. CONCILIACIÓN. DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 77 DE LA LEY Y 128 DE EL REGLAMENTO, EN CUALQUIER MOMENTO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, “**LAS PARTES**” PODRÁN PRESENTAR UNA SOLICITUD DE CONCILIACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA POR DESAVENENCIAS DERIVADAS DEL CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO.

EN EL SUPUESTO DE QUE LAS PARTES LLEGUEN A UN ACUERDO DURANTE LA CONCILIACIÓN, EL CONVENIO RESPECTIVO OBLIGARÁ A LAS MISMAS, Y SU CUMPLIMIENTO PODRÁ SER DEMANDADO POR LA VÍA JUDICIAL CORRESPONDIENTE, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 79 DE LA LEY.

EL PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN AL CUAL SE PODRÁN SOMETER “**LAS PARTES**”, ADEMÁS DE CONTENER LOS ELEMENTOS PREVISTOS EN LOS ARTÍCULOS 15 Y 15-A DE LA LEY FEDERAL DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO, SE DEBERÁ OBSERVAR LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS DEL 126 AL 136 DE EL REGLAMENTO.

INICIADO UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN “**EL INBA**”, BAJO SU RESPONSABILIDAD, PODRÁ SUSPENDER EL TRÁMITE DEL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN...”

VIGESIMA CUARTA. JURISDICCIÓN: PARA LA RESOLUCIÓN DE DUDAS O CONTROVERSIAS SUSCITADAS CON MOTIVO DE LA INTERPRETACIÓN O EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO Y POR TODO AQUELLO QUE NO ESTÉ EXPRESAMENTE ESTIPULADO EN EL MISMO, "LAS PARTES" SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES FEDERALES COMPETENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO, POR LO TANTO, "EL PROVEEDOR" RENUNCIAN AL FUERO QUE POR RAZÓN DE SU DOMICILIO PRESENTE O FUTURO PUDIERE CORRESPONDERLE.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y ENTERADAS "LAS PARTES" DE SU VALOR Y CONSECUENCIAS LEGALES, LO FIRMAN DE CONFORMIDAD AL MARGEN Y CALCE, QUEDANDO PACTADO ESTRICTAMENTE LO CONTENIDO EN EL PRESENTE CONVENIO.

FIRMADO EN CUATRO TANTOS DE IGUAL VALIDEZ EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EL DÍA ____ DE ____ DE ____.

POR "EL INBA"

POR "EL PROVEEDOR"

SUBDIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
Y APODERADO LEGAL

APODERADO

DE RECURSOS MATERIALES

"EL ADMINISTRADOR"

ANEXO A

PROPUESTA ECONÓMICA

Ciudad de México a ___ de ___ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE PERSONAL
PRESENTE**

SERVICIO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA

La propuesta económica del licitante, deberá presentarse conforme a lo siguiente:

CUADRO 1 con su resumen respectivo, para las siguientes pólizas:

Partida 1 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Mandos Medios y Superiores Básica y ascendientes

Partida 2 A) Seguros de Gastos Médicos Mayores para el personal Artístico por Honorarios. Básica

EDAD	PRIMA NETA POR PERSONA		NUMERO DE ASEGURADOS		PRIMA NETA ACUMULADA POR RANGO DE EDAD	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
0-19						
20 – 24						
25 – 29						
30 – 34						
35 – 39						
40 – 44						
45 – 49						
50 – 54						
55 – 59						
60 – 64						
65 – 69						
70 o más						
TOTAL						

RESUMEN

PRIMA NETA TOTAL	
DERECHO DE PÓLIZA	
IVA	
PRIMA TOTAL	

Servicio de Fondo de Administración

GASTOS DE ADMINISTRACIÓN \$2,000,000.00	% (Se solicita el porcentaje por administración)
--	--

Seguro de Vida para el Ballet de la Compañía Nacional de Danza

PRIMA NETA	
DERECHO DE POLIZA	
PRIMA TOTAL	

El Licitante deberá señalar en su propuesta económica lo siguiente:

- Que los precios serán fijos durante la vigencia del contrato
- La propuesta económica será expresada en pesos mexicanos.
- El importe total cotizado deberá expresarse con letra y número.
- -Descuento que el licitante esté en disposición de ofrecer.
- La falta de cotización de alguna de las partes que integran los conceptos, será motivo de descalificación, la adjudicación será por partida única.

A t e n t a m e n t e

(Nombre y Firma del Representante Legal)

ANEXO B**NACIONALIDAD DEL LICITANTE**

Ciudad de México a ____ de ____ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
PRESENTE**

Me refiero al procedimiento _____ Número _____ en el que mi representada, _____ participa a través de la propuesta que se contiene en el presente sobre.

Sobre el particular, y en los términos de lo previsto en el artículo 35 del “RLAASSP”, **manifiesto bajo protesta de decir verdad**, que mi representada es de nacionalidad _____.

A t e n t a m e n t e

(Nombre y Firma del Representante Legal)

ANEXO C

SOLICITUD DE ALTA DE BENEFICIARIO



CATALOGO DE BENEFICIARIOS

SOLICITUD DE ALTA ó BAJA DE BENEFICIARIO

TIPO DE MOVIMIENTO:

ALTA

BAJA

FECHA DE ELABORACIÓN

D	D	M	M	A	A	A	A		

CENTRO DE TRABAJO:

CLAVE: 420

FOLIO INTERNO DEL CENTRO DE TRABAJO	<input type="text"/>
FECHA DE REGISTRO	FOLIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
D D M M A A A A	

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL		
<input type="text"/>		
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE		U.R. Y/O ORG.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CURP		
<input type="text"/>		
DOMICILIO		
CALLE <input type="text"/>		
NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	COLONIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCALIDAD Y/O DELEGACIÓN	ESTADO	MUNICIPIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>		

No. DE CUENTA	<input type="text"/>
CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA (CLABE)	<input type="text"/>
No. DE SUCURSAL	CLAVE_BANCO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE COMO APARECE EN LA CUENTA DE CHEQUES	
<input type="text"/>	
FECHA DE APERTURA	MONEDA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA	
<input type="text"/>	
FECHA DE CANCELACIÓN	<input type="text"/>
	D D M M A A A A

SELLO

NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO
(persona física o representante legal)



ANEXO D**ACREDITACIÓN DE PERSONALIDAD JURÍDICA**

Ciudad de México a ___ de ___ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
PRESENTE**

(Nombre de la persona acreditada legalmente para firmar las proposiciones) manifiesto, **bajo protesta de decir verdad**, que los datos aquí asentados son ciertos y han sido debidamente verificados, **así como que cuento con facultades suficientes para suscribir las propuestas para la licitación referida a nombre** y en representación de (persona física o moral), las cuales no me han sido revocadas o limitadas de forma alguna a esta fecha.

Persona moral

Datos del licitante:

Nombre:
Domicilio fiscal:
Teléfonos: fax: correo electrónico:
Registro federal de contribuyentes:
Número y fecha de la escritura pública en la que consta su acta constitutiva:
Nombre, número y circunscripción del notario público o fedatario público que la protocolizó:
Número(s) y fecha(s) de la(s) escritura(s) pública(s) en la(s) que conste(n) <u>reformas o modificaciones</u> al acta constitutiva:
Nombre, número y circunscripción del notario público o fedatario público que la(s) protocolizó:
<u>Relación de socios:</u>
<u>Fecha y datos de su inscripción en el registro público de comercio:</u>
Descripción del objeto social:

Datos de la persona acreditada legalmente para firmar las proposiciones:

Nombre:
Número y fecha de la escritura pública mediante la cual fueron otorgadas las facultades para suscribir la propuesta:
Nombre, número y circunscripción del notario público o fedatario público que la protocolizó:

Persona física

Nombre:
Domicilio fiscal:
Teléfonos: fax: correo electrónico:
Registro federal de contribuyentes:

Datos de la persona acreditada legalmente para firmar las proposiciones:

Nombre:
Número y fecha de la escritura pública mediante la cual fueron otorgadas las facultades para suscribir la propuesta:
Nombre, número y circunscripción del notario público o fedatario público que la protocolizó:

A t e n t a m e n t e
(Nombre y Firma del Representante Legal)

ANEXO E**CORREO ELECTRÓNICO DEL LICITANTE**

Ciudad de México a ____ de ____ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
PRESENTE**

Me refiero al procedimiento _____ Número _____ en el que mi representada, _____ participa a través de la propuesta que se contiene en el presente sobre.

Sobre el particular, y en los términos de lo previsto en el artículo 39 fracción VI del “RLAASSP”, manifiesto que mi correo electrónico para recibir notificaciones por parte de la Convocante es:

_____.

En el caso de que no proporcionen la dirección de correo electrónico el “INBA” quedará eximida de la obligación de realizar el aviso a que hacen referencia los párrafos cuarto y quinto del artículo 37 de la “LAASSP”

A t e n t a m e n t e

(Nombre y Firma del Representante Legal)

ANEXO F**ESCRITO REFERENTE A LOS ARTÍCULOS 50 Y 60 DE LA “LAASSP”**

Ciudad de México a ____ de ____ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
PRESENTE**

En relación a la **Licitación Pública de Carácter Nacional Electrónica**, convocada por “EL INBA”, a través de la Dirección de Recursos Materiales, relativa a _____, el que suscribe (nombre de la persona acreditada legalmente para firmar las proposiciones) en mi carácter de representante legal, a nombre de (nombre de la persona física o moral) **me permito manifestar bajo protesta de decir verdad**, lo siguiente:

La persona que represento, al igual que los socios integrantes de la misma, no se encuentran dentro de ninguno de los supuestos comprendidos en los Artículos 50 y 60 de la “LAASSP”.

En el entendido de que la falsedad en las manifestaciones que se realizan, serán sancionadas en los términos de Ley.

A t e n t a m e n t e

(Nombre y Firma del Representante Legal)

ANEXO G**DECLARACIÓN DE INTEGRIDAD**

Ciudad de México a ___ de ___ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
PRESENTE**

El que suscribe, en mi carácter de representante legal del licitante _____, manifiesto **bajo protesta de decir verdad** que por sí misma o través de interpósita persona, se abstendrán de adoptar conductas, para que los servidores públicos de "EL INBA", induzcan o alteren las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás licitantes.

En el entendido de que la falsedad en la manifestación que se realiza será sancionada en los términos del artículo 60 de la LAASSP.

A t e n t a m e n t e

(Nombre y Firma del Representante Legal)

ANEXO H**MANIFESTACIÓN DE ESTRATIFICACIÓN**

Ciudad de México a ____ de ____ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
PRESENTE**

Me refiero al procedimiento de **Licitación Pública de Carácter Nacional Electrónica** Número _____ en el que mi representada, la empresa _____, participa a través de la presente proposición.

Al respecto y de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 34 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** que mi representada está constituida conforme a las leyes _____, con Registro Federal de Contribuyentes (**Aplica solo para licitantes Nacionales**) _____, y asimismo que considerando los criterios (sector, número total de trabajadores y ventas anuales) establecidos en el Acuerdo por el que se establece la estratificación de las micro, pequeñas y medianas empresas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2009, mi representada tiene un Tope Máximo Combinado de _____, con base en lo cual se estatifica como una empresa _____.

De igual forma, declaro que la presente manifestación la hago teniendo pleno conocimiento de que la omisión, simulación o presentación de información falsa, son infracciones previstas por el artículo 8 fracciones IV y VIII, sancionables en términos de lo dispuesto por el Artículo 27, ambos de la Ley Federal Anticorrupción en Contrataciones Públicas, y demás disposiciones aplicables.

A t e n t a m e n t e

(Nombre y Firma del Representante Legal)

ANEXO I**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL O RESERVADA**

Ciudad de México a ___ de ___ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
PRESENTE**

A nombre de mi representada y en términos de lo establecido en los Artículos 110 y 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los Artículos 113 y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se describe la documentación e información de mi propuesta técnica y económica, que debe clasificarse como reservada y/o confidencial.

I. Información Legal y Administrativa

Información	Clasificación (marque con una X)	
	Reservada	Confidencial

II. Información Técnica

Información	Clasificación (marque con una X)	
	Reservada	Confidencial

III. Información Económica

Información	Clasificación (marque con una X)	
	Reservada	Confidencial

A t e n t a m e n t e**(Nombre y Firma del Representante Legal)**

ANEXO J**PROPIEDAD INTELECTUAL**

Ciudad de México a ____ de ____ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
PRESENTE**

El suscrito (nombre de la persona acreditada legalmente para firmar las proposiciones) en mi calidad de representante legal de la empresa (razón social del licitante) manifiesto que, en caso de resultar adjudicado, me comprometo a:

Que de resultar ganador, asumiré la responsabilidad total para el caso de que al entregar los servicios objeto de la presente licitación infrinjan derechos de Propiedad Industrial o Intelectual de Terceros, en caso de presentarse cualquier reclamación o demanda por violaciones que se causen en materia de Patentes, Franquicias, Marcas o Derechos de Autor, con respecto a los servicios, recursos, técnicas y en general cualquier elemento utilizado y se obligan a responder por ello, así como a rembolsar cualquier cantidad que por este motivo se hubiere tenido que erogar "EL INBA".

A t e n t a m e n t e

(Nombre y Firma del Representante Legal)

ANEXO K**ESCRITO DE CONFIDENCIALIDAD**

Ciudad de México a ____ de ____ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
PRESENTE**

El que suscribe C. _____ en mi carácter de _____ manifiesto, que durante la presente licitación y en caso de ser adjudicado guardaré la más estricta confidencialidad a la información y documentación que me sea proporcionada para la prestación del servicio de _____.

En el entendido de que, de no manifestarme con veracidad, acepto que ello sea causa de rescisión del contrato celebrado con "EL INBA".

A t e n t a m e n t e

(Nombre y Firma del Representante Legal)

ANEXO L**NO CONFLICTO DE INTERESES**

Ciudad de México a ____ de ____ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
PRESENTE**

En cumplimiento a lo previsto en el Artículo 8° fracciones XI y XII de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como la regla 3 relativa a **Contrataciones públicas, Licencias, Permisos, Autorización y Concesiones de las Reglas de Integridad para el Ejercicio de la Función Pública, contenidas en el “Acuerdo que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública, y los Lineamientos generales para propiciar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y Prevención de Conflictos de Interés, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2015”, Por este medio y bajo protesta de decir verdad manifiesto que el suscrito ni los socios que integran a mi representada no tenemos parentesco alguno, relaciones profesionales, laborales, de negocios, de sociedades con los servidores públicos involucrados en la presente licitación.**

A t e n t a m e n t e

(Nombre y Firma del Representante Legal)

ANEXO M

ENCUESTA DE TRANSPARENCIA

Licitación Pública de Carácter Nacional Electrónica
NÚMERO: Número LA-048E00995-E34-2018
PARA LA ADQUISICIÓN DE: “ ”
Empresa:
Nombre del Representante Legal:
Firma:

Instrucciones: Favor de calificar los supuestos planteados en esta encuesta con una “X” según considere.

EVENTO

Presentación y Apertura de Propuestas Técnicas y Económicas.

Factor 8.

¿El Evento se desarrolló con oportunidad, en razón de la cantidad de documentación que presentaron los licitantes?

Totalmente de Acuerdo	En general de Acuerdo	En general en Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

EVENTO

Resolución Técnica y Fallo

Factor 4.

¿La resolución técnica fue emitida conforme a las bases y junta de aclaraciones del concurso?

Totalmente de Acuerdo	En general de Acuerdo	En general en Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

Factor 5.

¿En el fallo se especificaron los motivos y el fundamento que sustenta la determinación de los proveedores adjudicados y los que no resultaron adjudicados?

Totalmente de Acuerdo	En general de Acuerdo	En general en Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

EVENTO

Generales

Factor 10.

¿El acceso al inmueble fue expedito?

Totalmente de Acuerdo	En general de Acuerdo	En general en Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

Factor 9.

¿Todos los eventos dieron inicio en el tiempo establecido?

Totalmente de Acuerdo	En general de Acuerdo	En general en Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

Factor 6.

¿El trato que me dieron los servidores públicos de la Institución, fue respetuoso y amable?

Totalmente de Acuerdo	En general de Acuerdo	En general en Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

Factor 7.

¿Volvería a participar en otra licitación que emita esta institución?

Totalmente de Acuerdo	En general de Acuerdo	En general en Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

Factor 3.

¿El concurso se apegó a la normatividad aplicable?

Totalmente de Acuerdo	En general de Acuerdo	En general en Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

APARTADO II.

SI USTED DESEA AGREGAR ALGÚN COMENTARIO RESPECTO AL CONCURSO, FAVOR DE ANOTARLO EN EL SIGUIENTE CUADRO.

--

FAVOR DE ENTREGAR LA PRESENTE ENCUESTA, EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- 1.- En las oficinas de la Subdirección de Recursos Materiales del INBA, ubicada en Avenida Juárez Número 101 Piso 16, Colonia Centro Histórico, en la Ciudad de México, en días y horas hábiles.
- 2.- ENVIARLO POR CORREO ELECTRÓNICO, A LA DIRECCIÓN afarfan@inba.gob.mx
- 3- SE RECOMIENDA QUE LA ENCUESTA SE ENTREGUE O ENVÍE, A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS DOS DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA EMISIÓN DEL FALLO.

APARTADO III.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN.

FACTORES DE CALIFICACIÓN						
FACTOR	PORCENTAJE	TOTALMENTE DE ACUERDO	EN GENERAL DE ACUERDO	EN GENERAL EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	CALIFICACIÓN PORCENTUAL %
1	20%					0
2	18%					0
3	15%					0
4	10%					0
5	10%					0
6	10%					0
7	5%					0
8	5%					0
9	5%					0
10	2%					0
100%		CALIFICACIÓN GENERAL				0

LA CALIFICACIÓN ES LA SIGUIENTE:

TOTALMENTE DE ACUERDO	10
EN GENERAL DE ACUERDO	8
EN GENERAL EN DESACUERDO	4
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0

ANEXO N

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBERÁN PRESENTAR LOS LICITANTES.

Ciudad de México a ___ de ___ de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES
PRESENTE**

La omisión de entrega del presente **Formato** por parte de los licitantes no será motivo de descalificación.

6.1 Documentación legal y administrativa	SI	NO
a) Para acreditar la personalidad jurídica del licitante, deberá adjuntar a su propuesta un escrito en el que el firmante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por sí o a nombre de su representada de conformidad con el Artículo 48 Fracción V del "RLAASSP", requisitando para tal efecto el Anexo D, incluyendo copia simple del acta constitutiva sus modificaciones y poder notarial.		
b) Identificación oficial vigente, del representante legal del licitante que firme la proposición. (Solo se aceptará: Credencial para votar, Pasaporte, Cédula Profesional o los Formularios FM2 y FM3, estos dos últimos en caso de ser de nacionalidad extranjera).		
c) Escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad, la Nacionalidad de su representada Anexo B.		
d) Los licitantes participantes deberán entregar Copia de la autorización por parte de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público para operar en el ramo de seguros de vida y gastos médicos mayores vigente, lo anterior conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo anterior conforme a los Artículos 31 y 32 del "RLAASSP" ver numeral 2.3 de esta convocatoria.		
e) Los licitantes deberán presentar escrito en el que manifieste que: <ul style="list-style-type: none"> • Aceptan íntegramente los requisitos establecidos en esta convocatoria, así como el plazo y términos fijados. • Cuenta con la infraestructura humana, técnica y financiera necesaria para la prestación de los servicios. • En el caso de resultar adjudicado no transferirán los derechos y obligaciones que se deriven del contrato a favor de otra persona, salvo en su caso los de cobro, de conformidad con lo señalado en el Artículo 46 último párrafo de la "LAASSP". • Acepta responder ante "El INBA", por cualquier anomalía, falla o discrepancia que se presente durante la prestación de los servicios. • Acepta que la convocante realice visitas a sus instalaciones ubicadas en el domicilio señalado en el Anexo D, o en las instalaciones donde manifieste que se encuentren ubicadas sus oficinas administrativas, almacenes y demás instalaciones. • Se compromete a cumplir con las normas que directa o indirectamente se relacionen con los servicios objeto de la presente licitación. 		
f) Escrito en el que el licitante manifieste una dirección de correo electrónico, en caso contrario, deberá indicar en el escrito que no cuenta con el mismo Anexo E.		
g) Declaración escrita en papel membretado bajo protesta de decir verdad, de no encontrarse en los supuestos de los Artículos 50 y 60 de la "LAASSP". Para que este documento se considere en la evaluación será necesario que se encuentre firmado por el representante legal Anexo F.		
h) Escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad, que se abstendrá de adoptar conductas, para que los servidores públicos del Instituto induzcan o alteren las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes, firmada por el licitante o su representante legal Anexo G.		
i) Escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad donde manifiesten la clasificación que guarda su representada, conforme al acuerdo por el que se establece la estratificación de empresas publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2009, en caso de no aplicarle por ser una empresa grande deberá manifestarlo Anexo H, lo		

<p>anterior a fin de dar cumplimiento al Artículo 34 del “RLAASSP” y Artículo 3 Fracción III de la Ley para el Desarrollo de la Competitividad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa.</p>		
<p>j) Escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad, que su representada es de nacionalidad mexicana y cumplen con lo establecido en el Artículo 28, Fracción I, último párrafo de la “LAASSP”; o con las reglas de origen correspondientes a los capítulos de compras del sector público de los tratados de libre comercio, o que los bienes importados cumplen con las reglas de origen establecidas en el capítulo de compras del sector público del tratado que corresponda, en cumplimiento con la Regla 5.2 de las Reglas para la celebración de licitaciones públicas internacionales bajo la cobertura de tratados de libre comercio suscritos por los Estados Unidos Mexicanos. Conforme a los Formatos.</p>		
<p>k) Escrito en el que enliste cuales son los documentos presentados en su propuesta que contienen información confidencial reservada, siempre que tengan el derecho de reservar la información en los términos establecidos en los Artículos 110 y 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y los Artículos 113 y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública Anexo I.</p>		
<p>l) Escrito en el que manifieste que de resultar ganador, asumirá la responsabilidad total para el caso de que al prestar los servicios objeto de la presente licitación infrinjan derechos de Propiedad Industrial o Intelectual de Terceros, en caso de presentarse cualquier reclamación o demanda por violaciones que se causen en materia de Patentes, Franquicias, Marcas o Derechos de Autor, con respecto a los servicios, recursos, técnicas y en general cualquier elemento utilizado y se obligan a responder por ello, así como a rembolsar cualquier cantidad que por este motivo se hubiere tenido que erogar “EL INBA” Anexo J.</p>		
<p>m) Escrito en el que manifieste que en caso de resultar adjudicado se compromete a reconocer y acepta que bajo ninguna circunstancia podrá divulgar o dar a conocer a terceros de forma directa o a través de interpósita persona la información o documentación que le sea proporcionada por “EL INBA”, ya que es información confidencial y propiedad exclusiva del “EL INBA” Anexo K.</p>		
<p>n) Formato vigente a la fecha del fallo emitido por el SAT en el cual acredite que se encuentra al corriente con sus obligaciones fiscales ante dicha Institución o escrito en el que manifieste que su representada se encuentra al corriente de sus obligaciones fiscales y que en caso de resultar adjudicado se compromete a entregar la opinión positiva emitida por el SAT posterior al acto del fallo (Escrito 3, fundamento en el que se sustenta el requerimiento).</p>		
<p>o) Escrito libre en el cual manifieste la aceptación de dar por no presentada su proposición cuando el o los archivos electrónicos en que se contengan y/o demás información enviada a través de CompraNet, no pueda abrirse por tener algún virus informático o por cualquier causa ajena a la convocante, conforme a lo señalado en el numeral 29 del ACUERDO por el que se establecen las disposiciones que se deberán observar para la utilización del Sistema Electrónico de Información Pública Gubernamental denominado CompraNet.</p>		
<p>p) Escrito en el que manifieste que no existe conflicto de intereses del licitante o de su representada con los servidores públicos involucrados en este procedimiento de licitación Anexo L.</p>		
<p>q) El licitante deberá acreditar que se encuentra al corriente con sus obligaciones fiscales en materia de Seguridad Social a través de cualquiera de uno de los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formato de Opinión del Cumplimiento vigente a la fecha del fallo, emitido por el IMSS en el cual acredite que se encuentra al corriente con sus obligaciones fiscales en materia de Seguridad Social. ➤ Escrito en el que manifieste que su representada se encuentra al corriente de sus obligaciones fiscales en materia de Seguridad Social ante el IMSS, y en caso de resultar adjudicado, se compromete a entregar el formato de Opinión del Cumplimiento en sentido positivo emitido por dicha institución vigente a la fecha en que se emite el fallo. ➤ En caso de su representada no se encuentre inscrita ante el IMSS con un registro patronal deberá manifestarlo por escrito, adjuntando el formato de Opinión del Cumplimiento emitido por dicha institución. ➤ En caso de que su representada se encuentre dada de alta ante el IMSS y no cuente con personal inscrito, deberá presentar carta en la que manifieste que cuenta con personal, así como el formato de Opinión del Cumplimiento emitido por dicha institución. (Escrito 3, fundamento en el que se sustenta el requerimiento). 		
<p>r) Escrito firmado donde manifieste que conoce el contenido del texto de la nota informativa para participantes de países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (O.C.D.E.) (Escrito 1, fundamento en el que se sustenta el requerimiento).</p>		

s) Constancia de Inscripción al Registro Único de Proveedores y de Contratistas (RUPC).		
6.2 Propuesta técnica.		
Propuesta Técnica que describa de manera clara y precisa, las características de los servicios requeridos en el Anexo 1 .		
6.3 Propuesta económica.		
Elaborar su propuesta económica conforme al Anexo A , la cual deberá considerar:		
<ul style="list-style-type: none"> • Que los precios serán fijos durante la vigencia del contrato • La propuesta económica será expresada en pesos mexicanos. • El importe total cotizado deberá expresarse con letra y número. • Descuento que el licitante esté en disposición de ofrecer. • La falta de cotización de alguna de las partes que integran los conceptos, será motivo de descalificación, la adjudicación será por partida única. 		

Recibí Documentos

EL SERVIDOR PÚBLICO QUE RECIBE

Escrito 1

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 aquéllos relacionados con lavado de dinero y extradición).

Las **responsabilidades** del sector privado 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 bien a servidores públicos, para obtener beneficios particulares o para la empresa.
- Los contadores públicos: realizar auditorías; 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 bien.

Así mismo, es importante conocer que el pago realizado a servidores públicos extranjeros es perseguido y castigado independientemente de que el funcionario sea acusado o Número 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 estos 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, y
- 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 la Ciudad de México 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 diario vigente en la Ciudad de México en el momento de cometerse el delito y destitución e inhabilitación de tres meses a dos años 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 la Ciudad de México 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 la Ciudad de México 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 en beneficio del Estado.

Capítulo XI

Cohecho a servidores públicos extranjeros

Artículo 222 bis

Se impondrán las penas previstas en el artículo anterior al que con el 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 bien 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;
- 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 a su empleo, cargo o comisión, o
- III. A cualquier persona para que acuda ante un servidor público extranjero y le 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 este 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 11 de este Código, el juez impondrá a la persona moral hasta quinientos días 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."

Escrito 2

Resolución Miscelánea Fiscal para 2018

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre de 2017.

Resolución Miscelánea Fiscal para 2018.

2.1.31. Procedimiento que debe observarse para contrataciones con la Federación y entidades federativas

Para los efectos del artículo 32-D, primero, segundo, tercero, cuarto y último párrafos del CFF, cuando la Administración Pública Federal, Centralizada y Paraestatal, la Procuraduría General de la República, así como las entidades federativas vayan a realizar contrataciones por adquisición de bienes, arrendamiento, prestación de servicios u obra pública, con cargo total o parcial a fondos federales, cuyo monto exceda de \$300,000.00 (trescientos mil pesos 00/100 M.N.) sin incluir el IVA, deberán exigir de los contribuyentes con quienes se vaya a celebrar el contrato y de los que estos últimos subcontraten, les presenten documento vigente expedido por el SAT, en el que se emita la opinión del cumplimiento de obligaciones fiscales en sentido positivo, o bien, generarlo a través de la aplicación en línea que para estos efectos le proporcione el SAT, siempre y cuando firme el acuerdo de confidencialidad con el SAT.

En caso de que los contribuyentes con quienes se vaya a celebrar el contrato y los que estos últimos subcontraten, tramiten por su cuenta la opinión del cumplimiento de obligaciones fiscales, lo harán en términos de lo dispuesto por la regla 2.1.39.

En los casos en que el contribuyente tenga créditos fiscales y quiera celebrar convenio con las autoridades fiscales para pagar con los recursos que se obtengan por la enajenación, arrendamiento, prestación de servicios u obra pública que se pretenda contratar, la opinión la emitirá la ADR, enviándola al buzón tributario de éste hasta que se haya celebrado el convenio de pago.

Para los efectos de lo señalado en el párrafo anterior, las autoridades fiscales emitirán oficio a la unidad administrativa responsable de la licitación, a fin de que esta última en un plazo de quince días, mediante oficio, ratifique o rectifique los datos manifestados por el contribuyente. Una vez recibida la información antes señalada, la autoridad fiscal le otorgará un plazo de quince días al contribuyente para la celebración del convenio respectivo.

Los residentes en el extranjero que no estén obligados a presentar la solicitud de inscripción en el RFC, ni los avisos al mencionado registro y que no estén obligados a presentar declaraciones periódicas en México, asentarán estas manifestaciones bajo protesta de decir verdad en escrito libre que entregarán a la dependencia o entidad convocante, para que ésta gestione ante la ADR la no aplicación del artículo 32-D del CFF. La autoridad fiscal revisará que no se actualiza el supuesto jurídico del mencionado artículo, por no existir créditos fiscales.

CFF 32-D, 66, 66-A, 141, RMF 2018 2.1.39.

Escrito 3

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A CADENAS PRODUCTIVAS

¿Cadenas Productivas?

Es un programa que promueve el desarrollo de las Pequeñas y Medianas Empresas, a través de otorgarle a los proveedores afiliados liquidez sobre sus cuentas por cobrar derivadas de la proveeduría de bienes o servicios, contribuyendo así a dar mayor certidumbre, transparencia y eficiencia en los pagos, así como financiamiento, capacitación y asistencia técnica.

¿Afiliarse?

Afiliarse a Cadenas Productivas no tiene ningún costo, consiste en la entrega de un expediente, hecho que se realiza una sola vez independientemente de que usted sea proveedor de una o más Dependencias o Entidades de la Administración Pública Federal.

Una vez afiliado, recibirá una clave de consulta para el Sistema de Cadenas Productivas que corre en internet. A través de Cadenas Productivas podrá consultar la fecha programada de sus cuentas por cobrar, a fin de contar con la opción de realizar el cobro de manera anticipada, permitiendo con ello planear de manera eficiente sus flujos de efectivo, realizar compras de oportunidad o cumplir con sus compromisos.

Cadenas Productivas ofrece:

- Adelantar el cobro de las facturas mediante el descuento electrónico
 - Obtener liquidez para realizar más negocios
 - Mejorar la eficiencia del capital de trabajo
 - Agilizar y reducir los costos de cobranza
 - Realizar las transacciones desde la empresa en un sistema amigable y sencillo, www.nafin.com.mx
 - Realizar en caso necesario, operaciones vía telefónica a través del Call Center 50 89 61 07 y 01800 NAFINSA (62 34 672)
- Acceder a capacitación y asistencia técnica gratuita
- Recibir información
- Formar parte del Directorio de compras del Gobierno Federal

Características descuento o factoraje electrónico:

- Anticipar la totalidad de su cuenta por cobrar (documento)
- Descuento aplicable a tasas preferenciales
- Sin garantías, ni otros costos o comisiones adicionales
- Contar con la disposición de los recursos en un plazo no mayor a 24 hrs, en forma electrónica y eligiendo al intermediario financiero de su preferencia

DIRECTORIO DE COMPRAS DEL GOBIERNO FEDERAL

¿Qué es el directorio de compras?

Es una base de información de empresas como la suya que venden o desean vender a todas las Dependencias y Entidades del Gobierno Federal. A través de esta herramienta los compradores del Gobierno Federal tendrán acceso a la información de los productos y servicios que su empresa ofrece para la adquisición de bienes y contratación de servicios.

Recibirá boletines electrónicos con los requerimientos de las Dependencias y Entidades que requieren sus productos y/o servicios para que de un modo ágil, sencillo y transparente pueda enviar sus cotizaciones.

Dudas y comentarios vía telefónica,

Llámenos al teléfono 5089 6107 o al 01 800 NAFINSA (62 34 672) de Lunes a Viernes de 9:00 a 17:00 hrs.

Dirección Oficina Matriz de Nacional Financiera S.N.C., Avenida Insurgentes Sur 1971 – Col Guadalupe Inn – 01020, en la Ciudad de México

LISTA DE DOCUMENTOS PARA LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN AL PROGRAMA DE CADENAS PRODUCTIVAS

- 1.- Carta Requerimiento de Afiliación.
 - Debidamente firmada por el área usuaria compradora
- 2.- **Copia simple del Acta Constitutiva (Escritura con la que se constituye o crea la empresa).
 - Esta escritura debe estar debidamente inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio.
 - Debe anexarse completa y legible en todas las hojas.

-
- 3.- **Copia simple de la Escritura de Reformas (modificaciones a los estatutos de la empresa)
 - Cambios de razón social, fusiones, cambios de administración, etc.,
 - Estar debidamente inscrita en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio.
 - Completa y legible en todas las hojas.
 - 4.- **Copia simple de la escritura pública mediante la cual se haga constar los Poderes y Facultades del Representante Legal para Actos de Dominio.
 - Esta escritura debe estar debidamente inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio.
 - Debe anexarse completa y legible en todas las hojas.
 - 5.- Comprobante de domicilio Fiscal
 - Vigencia no mayor a 2 meses
 - Comprobante de domicilio oficial (Recibo de agua, Luz, Teléfono fijo, predio)
 - Debe estar a nombre de la empresa, en caso de no ser así, adjuntar contrato de arrendamiento, comodato.
 - 6.- Identificación Oficial Vigente del (los) representante(es) legal(es), con actos de dominio
 - Credencial de elector; pasaporte Vigente ó FM2 (para extranjeros)
 - La firma deberá coincidir con la del convenio
 - 7.- Alta en Hacienda y sus modificaciones
 - Anexo R-1 o R-2 en caso de haber cambios de situación fiscal (razón social o domicilio fiscal)
 - En caso de no tener las actualizaciones, pondrán obtenerlas de la página del SAT.
 - 8.- Cédula del Registro Federal de Contribuyentes (RFC, Hoja Azul)
 - 9.- Estado de Cuenta Bancario donde se depositarán los recursos
 - Sucursal, plaza, CLABE interbancaria
 - Vigencia no mayor a 2 meses
 - Estado de cuenta que emite la Institución Financiera y llega su domicilio.

La documentación arriba descrita, es necesaria para que la promotoría genere los contratos que le permitirán terminar el proceso de afiliación una vez firmados, los cuales constituyen una parte fundamental del expediente:

- A) Contrato de descuento automático Cadenas Productivas
 - Firmado por el representante legal con poderes de dominio.
 - 2 convenios con firmas originales
- B) Contratos Originales de cada Intermediario Financiero.
 - Firmado por el representante legal con poderes de dominio.

(** Únicamente, para personas Morales)

Usted podrá contactarse con la Promotoría que va a afiliarlo llamando al 01-800- NAFINSA (01-800-6234672) o al 50-89-61-07; o acudir a las oficinas de Nacional Financiera en: Avenida Insurgentes Sur Número 1971, Colonia Guadalupe Inn, C.P. 01020, Delegación Álvaro Obregón, en el Edificio Anexo, nivel Jardín, área de Atención a Clientes.