



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

DISEÑO DE UN MANUAL PARA PROPUESTAS ECONÓMICAS
EN LICITACIONES PÚBLICAS DEL RAMO DE GASTOS

Reporte de Experiencia
Profesional

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

A C T U A R I O

P R E S E N T A

RUBÉN MARIN SÁNCHEZ



Tutor:

ACT. RICARDO VILLEGAS AZCORRA

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice general

Introducción.....	1
Capítulo 1. Procedimiento de una Licitación Pública Nacional.....	3
1.1 Información específica de la licitación	3
1.1.1 Disponibilidad presupuestaria	4
1.1.2 Descripción del Servicio.....	5
1.1.3 Vigencia	6
1.1.4 Modelo de contrato	6
1.2 Presentación y apertura de proposiciones	7
1.2.1 Junta de aclaraciones	9
1.2.2 Propuesta técnica	10
1.2.3 Propuesta económica	11
1.3 Acreditación de la existencia legal y de sus obligaciones fiscales	11
1.4 Criterios para la evaluación de las proposiciones	12
1.4.1 Evaluación de las proposiciones técnicas.....	14
1.4.2 Evaluación de las proposiciones económicas.....	16
1.4.3 Fallo.....	17
1.4.4 Firma del contrato	18
1.5 Anexos técnicos y económicos.	18
1.5.1 Anexo Único.....	19
Capítulo 2. Propuesta de un manual de procedimiento para la propuesta económica en el seguro colectivo de gastos médicos mayores.....	23
2.1 Base normativa	23
2.2 Seguro colectivo de gastos médicos mayores	23
2.2.1 Condiciones Generales.....	24
2.3 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros	28
2.3 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	32
2.4 Diseño del manual para propuestas económicas.....	33
2.5.1 Diagrama de flujo	34
2.5.2 Análisis de la información	35
2.5.3 Moneda en la que deberá cotizarse.....	36
2.5.4 Desglose y veracidad de la información recibida	36
2.5.5 Cálculo de la prima	37
2.5.6 Formato y llenado de la propuesta económica	41
2.5.7 Cedula de fallo	42
Conclusiones	43
Bibliografía.....	44

Introducción

El objetivo de este reporte de experiencia profesional es establecer las actividades que permitan coordinar con las áreas responsables, la integración documental para reportar y sustentar las propuestas económicas que se presentan en los procesos licitatorios de las Dependencias de la Administración Pública Federal, en las partidas de gastos médicos mayores.

La Licitación Pública Nacional surge de la necesidad de optimizar los recursos financieros con los que cuenta el Gobierno Federal para adquirir los bienes y/o servicios que la entidad requiera con el fin de promover la legalidad, transparencia y legitimidad de la adjudicación económica a la empresa proveedora del servicio (en este caso aseguradoras) que participen en el proceso, asegurando así la más libre concurrencia e igualdad entre los ofertantes.

Para dicho proceso, los licitantes debe apegarse a la Ley y el Reglamento de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público, que es el ordenamiento jurídico que las Entidades Federales deben conocer para participar en dichos proceso licitatorios, así como las condiciones, características y necesidades que requieren para quien este interesado de proveer los bienes y/o servicios, siempre y cuando el interesado pueda cumplir con lo requerido en las bases de licitación. En este sentido, la preparación de una licitación tiene que llevar un orden riguroso y establecido legalmente, puesto que lo que se va a ofertar tiene que ser específico, concreto y sin dejar información sin aclarar, para que en lo sucesivo no se preste a controversias.

Cada entidad federativa tiene sus propias necesidades del seguro de gastos médicos, basándose en la población con la que cuenta y las actividades que realizan en la dependencia, por lo tanto los beneficios y variables de estos, será la diferencia que marque cada entidad al momento de licitar el seguro. Lo anterior genera que el uso del seguro y la experiencia en siniestralidad sean factores que se consideran para el encarecimiento de la contratación del seguro. Por tal motivo, es necesario contar con toda la información disponible para ofertar el costo justo por el uso del seguro.

En el ramo de gastos médicos mayores la asignación por licitación debe tener cierta metodología para no perder ningún detalle o información que represente un riesgo no calculado para la aseguradora y se convierta en pérdida. Por ello, se propone desarrollar un manual de procedimientos que permitirá disciplinar y acotar cualquier variable o recurso que se solicite, siendo más puntuales y analíticos al momento de concursar para obtener el negocio; así es como se buscará optimizar los tiempos y procesos que se llevan a cabo en el desarrollo de las propuestas económicas de Seguros Inbursa.

El reporte de experiencia profesional se divide en dos capítulos:

El objetivo del capítulo 1 es profundizar en el proceso de Licitación Pública Nacional, la información específica, el proceso de presentación y apertura de proposiciones, la acreditación de la existencia legal y de sus obligaciones fiscales, los criterios para la evaluación de las proposiciones y de adjudicación de los contratos.

Por su parte el objetivo del capítulo 2 es presentar una propuesta de manual de procedimiento, explicando el objetivo, base normativa, ámbito de aplicación, políticas, definiciones, descripción de actividades, diseño de diagrama de flujo y una metodología para entregar la propuesta económica en el seguro colectivo de gastos médicos mayores.

Capítulo 1.

Procedimiento de una Licitación Pública Nacional

1.1 Información específica de la licitación

Una Licitación Pública Nacional es el hecho de adquirir bienes y servicios que necesita el Gobierno para su funcionamiento y desarrollo, por medio de una convocatoria a los prestadores de servicios y proveedores. El objetivo de una Licitación Pública Nacional es presupuestar y optimizar los recursos económicos con los que cuenta cada dependencia del Gobierno

Los lineamientos a los cuales se debe apegar toda Licitación están regulados por la Ley y el Reglamento de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. Dicha Ley y Reglamento están supervisados por la Administración Pública Federal por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público (SHCP) que ejerce el control presupuestario de los servicios y la Secretaria de la Función Pública (SFP) que establece las normas y lineamientos de planeación y administración.

Para saber qué información necesita una Licitación primero se debe detectar la necesidad del contratante. En este caso, el contratante será cualquier dependencia del gobierno federal o local que requiera la contratación de seguro de gastos médicos mayores colectivo para el personal que labora en la dependencia.

Una vez detectado el servicio que se desea contratar se hace público a través del Diario Oficial de la Federación y en el portal que el gobierno habilita para la adquisición de los bienes y servicios, publicado por Diario Oficial de la Federación el 28 de Junio del 2011. El sistema electrónico de información pública gubernamental sobre adquisiciones, arrendamientos, servicios y obras públicas se publica en el portal *CompraNet*¹

Una Licitación es el método creado para la compra, arrendamiento y adquisición de bienes y servicios que el gobierno requiere para el desempeño de sus funciones, ya sea desde la compra de computadoras, autos utilitarios, uniformes, entre otros, o como también pueden ser terrenos, bodegas o edificios para oficinas y finalmente para la adquisición de un servicio, como es en este caso el seguro de gastos médicos colectivo.

¹ CompraNet es la herramienta que informa y publica las bases y convocatorias para participar en Licitaciones y constituirá el medio por el cual se realizara la contratación del seguro, es el modo de compra de productos para el Gobierno, su consulta es gratuita. (www.compranet.gob.mx).

En la Licitación Pública todos los prestadores de servicios pueden participar en dicho proceso, siempre y cuando comprendan las bases y cumplan con las condiciones y capacidades de proporcionar el servicio que la convocante requiere. Existen tres tipos de modalidades para una Licitación: 1. Licitación Pública Nacional; 2. Invitación restringida a cuando menos tres personas; y, 3. Adjudicación Directa.

Para la Licitación Pública Nacional es necesario que se haga pública y pueden intervenir todos los prestadores de servicios que comprendan las bases y tengan la capacidad de cubrir los requisitos que pide la dependencia. Por su parte, en la invitación restringida a cuando menos tres personas se convoca a las aseguradoras con mayor capacidad en cuanto a infraestructura y solvencia. Por último, si la convocante así lo requiere puede optar por la Adjudicación Directa, esto se llega a dar cuando a la administración interna de alguna dependencia le gana el tiempo de contratar el seguro y publicar la convocatoria por tal motivo recurre a la adjudicación directa a la aseguradora con la que actualmente está.

Toda Licitación se divide en tres aspectos:

1. Técnico: Se especifican las condiciones y características que el contratante o dependencia requiere del servicio.
2. Económico: Se refieren al costo del producto y la forma en que se van a presentar las propuestas.
3. Administrativo: Se encarga de revisar la documentación y aspectos legales que requiere la contratación del seguro.

1.1.1 Disponibilidad presupuestaria

Toda dependencia debe manifestar que tiene la disponibilidad presupuestaria para contratar el servicio que se está licitando, por lo que será la única responsable de realizar las gestiones necesarias para que el recurso presupuestal de la federación se ejerza conforme a las fechas de pago programadas.

La Administración Pública Federal tiene para cada dependencia del gobierno asignado un presupuesto para la adquisición de bienes y servicios. Dicho presupuesto es revisado y liberado por el poder legislativo en los últimos meses de cada año.

En el caso particular de los seguros colectivos de gastos médicos, la vigencia de las pólizas o contratos del seguro comúnmente son por un año, buscando siempre que la vigencia comience a principios de año y termine en año calendario, aunque por ley el contratante puede ampliar de los 365 días que tiene por contrato, hasta por un máximo del 20% más de los días de cobertura contratados, sin necesidad de realizar un proceso de licitación.

Lo anterior se utiliza cuando no se ha liberado el presupuesto anual para la nueva contratación del seguro o por atrasos administrativos o legales de la dependencia, donde esta práctica es muy común.

Los presupuestos para la adquisición del servicio de gastos médicos, antes de publicar la convocatoria se pueden calcular o proyectar conforme a varios supuestos que podrían ser: las primas pagadas en años anteriores; sondeos de mercado; y finalmente, la experiencia en siniestralidad que ha demostrado la entidad federativa a lo largo del tiempo que haya tenido seguro.

En algunas ocasiones el uso de la póliza para cubrir enfermedades y accidentes genera un gasto para la aseguradora por arriba de lo cobrado en prima; a cada pago que realice la aseguradora para restablecer la salud o cuando menos seguirle dado continuidad a padecimientos crónicos de cualquier asegurado, se le llamará de forma global "*siniestralidad*".

1.1.2 Descripción del Servicio

Este apartado que indica la descripción completa y especificaciones técnicas de los servicios solicitados, donde deberán prestarse y cumplir con las condiciones establecidas en las bases de la Convocatoria y sus anexos respectivos; así como lo acordado en la junta de aclaraciones.

La descripción del seguro a contratar debe referirse a:

- Sus especificaciones. A qué personas va dirigido el seguro, dado que en el gobierno se manejan rangos para los puestos de los trabajadores que laboran en la dependencia, en algunas ocasiones según sea su cargo serán sus beneficios.
- Cantidades. En el caso de gastos médicos solo se maneja una póliza que cubre a todo el personal, por enfermedades y accidentes, en contratos de seguro como puede ser el de automóviles; por ejemplo, se utilizan el número de unidades a asegurar, por tal motivo se usa el término cantidades.
- Coberturas. Se refiere concretamente al producto de gastos médicos y sus alcances, es decir, una póliza de gastos médicos debe contener principalmente: suma asegurada, deducible, coaseguro, cobertura en territorio nacional, emergencia en el extranjero o internacional; así como la red de médicos en convenio que ofrece la aseguradora, los hospitales en que se puede atender el asegurado, el pago de enfermedades o siniestros que tengan abiertos con la aseguradora anterior, las preexistencias y las coberturas adicionales del producto que no están dentro del paquete básico de un seguro que se pueden otorgar con costo si es que la aseguradora no cuenta con ese servicio y previa valoración del riesgo o de la definición de la colectividad o simplemente aceptarlas si ya cuentan con ellas y la aseguradora tiene la capacidad de otorgar cualquier cobertura adicional.

- Características. La dependencia a contratar el servicio puede solicitar o requerir que se varíen o modifiquen las coberturas estándares de las aseguradoras aumentando o disminuyendo cada una de ellas; siempre se hace esto en función de las necesidades del personal a asegurar.
- Estándares del servicio a contratar. Es la administración del servicio, la manera en que se va a operar el reporte de una enfermedad o accidente, el pago de siniestros, los tiempos de respuesta en la entrega de pólizas, documentación de los asegurados, documentación que solicita la dependencia a la aseguradora y las penalizaciones en caso de no responder en tiempo y forma.

La información anterior siempre la van a solicitar para su validación en los apartados que se llamarán Anexos, ahí la dependencia cotejará si la aseguradora cumple con todo lo que requiere el contratante para contratar el servicio.

1.1.3 Vigencia

En la vigencia se define el inicio y termino de la cobertura del seguro señalando fecha, hora y año en que debe de comenzar la misma; así como el máximo tiempo a prorrogar en caso que se necesite extender el servicio. Por Ley se puede prorrogar con la aseguradora vigente el servicio del seguro hasta en un 20% adicional al contratado originalmente, sin tener la necesidad de convocar a una licitación. Al término de cada prorroga la convocante está obligada a realizar una nueva convocatoria de licitación.

La vigencia de los contratos de seguros de gastos médicos son por un año, si la dependencia lo requiere se pueden solicitar por un periodo mayor a éste, como pueden ser vigencias de dos o tres años consecutivos con la misma aseguradora y pactando desde el inicio el costo que se tendrá por cada año.

1.1.4 Modelo de contrato

El contrato y/ o pedido tiene como elementos básico los siguientes: El consentimiento de las partes y su objeto que es la presentación pactada, sin estos elementos el contrato es nulo.

Los requisitos de validez son los siguientes: La manifestación de voluntad de las partes para obligarse, competencia y capacidad de las partes, la existencia de partida presupuestal para el pago de las obligaciones y el plazo de ejecución y entrega de los bienes y/o servicios.

Se refiere al aspecto legal que conlleva la contratación documento que a través del cual se formalizan los derechos y obligaciones derivados del fallo del procedimiento de contratación de la adquisición o la prestación de los servicios.

Debe ser de manera abierta (puede llegar a identificarse con el contrato administrativo de suministro), realizarse dentro del ejercicio fiscal con el presupuesto asignado para la dependencia por parte del Presupuesto de Egresos de la Federación, apegándose al artículo 25 de Ley Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP), que indica:

“Las dependencias y entidades, bajo su responsabilidad, podrán convocar, adjudicar o contratar adquisiciones, arrendamientos y servicios, con cargo a su presupuesto autorizado y sujetándose al calendario de gasto correspondiente”.

Algunas dependencias llegan a solicitar fianzas de fidelidad para el contrato de sus pólizas de seguros, no es condicionante para toda licitación

En el modelo de contrato intervienen los representantes legales de cada parte y se definen las características, documentos que se deben de contar para la firma del contrato. Toda aseguradora debe cumplir al 100% con los requerimientos que solicitan, dado que no basta con ser la oferta económica más baja si no se cuenta con un marco jurídico y legal que esté en orden para poder quedarse con el contrato.

1.2 Presentación y apertura de proposiciones

Los licitantes, para la presentación y apertura de sus proposiciones, deberán ajustarse estrictamente a los requisitos y especificaciones previstos en esta Convocatoria, describiendo en forma amplia y detallada el servicio que estén ofertando.

Las condiciones contenidas en la Convocatoria y en las proposiciones presentadas por los licitantes no podrán ser negociadas, salvo los acuerdos que se deriven de la junta de aclaraciones.

Las propuestas en algunas ocasiones, sólo se recibirán por medios remotos de comunicación electrónica en los términos establecidos en la LAASSP. Los licitantes enviarán sus proposiciones técnica y económica por *CompraNet*, de preferencia en formato PDF.

El servidor público, previamente acreditado, es el que preside el acto de presentación y apertura de proposiciones, procederá a bajar de la bóveda de *CompraNet* las proposiciones recibidas, determinará el tiempo que se otorgará para su evaluación y será responsable de que la evaluación legal y técnica se realice en ese tiempo.

En el supuesto de que durante el acto de presentación y apertura de proposiciones, por causas ajenas a la voluntad de la SFP o de la convocante, no sea posible abrir los sobres electrónicos que contengan las propuestas enviadas por medios remotos de comunicación electrónica, el acto se reanudará a partir de que se restablezcan las condiciones que dieron origen a la interrupción.

También existe la presentación de las propuestas de manera presencial, que es la más común donde los licitantes interesados que a su elección opten por participar a través de este medio, en forma presencial deberán entregar sus proposiciones en forma documental y por escrito, en sobre cerrado, durante el acto de presentación y apertura de proposiciones de conformidad a lo que se indique en las bases.

De forma presencial es importante, que los representantes de cada compañía aseguradora muestren copia simple por ambos lados de su identificación oficial vigente con fotografía, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar con fotografía o cédula profesional), tratándose de personas físicas; y, en el caso de personas morales, de la persona que firme la proposición. La no presentación de este documento, no será motivo de descalificación.

Cabe señalar que por ningún motivo se recibirán proposiciones a través de servicio postal o mensajería. La presentación de propuesta puede ser de formas electrónica o presencial, pero siempre deberá presentarse en dos sobres, ya sean de manera física o electrónica donde deben contener los aspectos técnicos y económicos.

La dinámica puede ser que en primer término se abran los sobres que contengan las proposiciones de los licitantes que consten por escrito, y posteriormente los correspondientes a las propuestas recibidas por medios remotos de comunicación electrónica, las cuales se imprimirán en el acto de presentación y apertura de proposiciones, la revisión de la documentación requerida se efectuará en forma cuantitativa, el análisis detallado de contenido, se efectuará durante el proceso de evaluación de su contenido.

La convocante podrá evaluar los aspectos técnicos de las dos propuesta que hayan ofertado el precio más bajo sin que sea necesario evaluar la restantes, lo cual quedara asentado en el dictamen respectivo

1.2.1 Junta de aclaraciones

Dentro de las etapas de una licitación, se encuentra la Junta de Aclaraciones, que son las inquietudes que los participantes pueden preguntar a la convocante cuando las Bases de la Licitación no son claras, son confusas o falta información.

Cada dependencia o entidad elabora las especificaciones técnicas que se deberán incluir en el procedimiento de contratación, evalúa la propuesta técnica de las proposiciones y es responsable de responder en la junta de aclaraciones las preguntas que sobre estos aspectos realicen los licitantes; el área técnica, podrá tener también el carácter de área requirente. No están limitadas las preguntas que se le puede hacer a la convocante, ni la información adicional que se le puede pedir

Para tener derecho a que se aclaren las dudas cada participante debe presentar la adquisición de la bases y presentar sus preguntas en el formato que la dependencia requiera, deben ser en tiempo y forma que la dependencia marque y será a través de *CompraNet* o también pueden ser enviadas vía correo electrónico a los correos que la dependencia proporcione. Las solicitudes de aclaración que sean recibidas con posterioridad al plazo antes previsto, no serán contestadas por resultar extemporáneas.

Cualquier modificación a la convocatoria de la licitación, incluyendo las que resulten de las juntas de aclaraciones, formará parte de la licitación y deberá ser considerada por los participantes en la elaboración de su proposición. De hecho, la Junta se dividen en dos partes la recepción de las preguntas y la contestaciones de las misma; por lo general, existe un periodo de 24 horas para recibir las preguntas y después de recibidas tienen un periodo de 48 o 72 horas para dar respuesta.

Cuando el volumen a asegurar es muy grande o las condiciones a asegurar llegan a ser muy complejas; así como la presentación de la propuesta económica resulta ser complicada en su elaboración, se pacta una segunda Junta de aclaraciones, incluso cuando pueda a ser de manera presencial, está permitido que los técnicos o representantes de las aseguradoras hagan preguntas sin haberlas enviado antes, esto solo se permitirá de manera presencial.

La suscripción del riesgo para gastos médicos depende mucho de las respuestas que haga a cada aseguradora. Una vez respondidas las preguntas de la Junta, dicho sistema será de consulta gratuita y constituirá un medio por el cual se desarrollarán procedimientos de contratación

La Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Publico avala la realización de la Junta de aclaraciones en sus artículos 33 y 33 bis

1.2.2 Propuesta técnica

La propuesta técnica tiene una importancia fundamental dentro de una licitación, se refiere a todas las condiciones que debe cumplir el prestador de servicio en este caso la aseguradora, para que se le pueda otorgar el contrato del seguro.

Los documentos de licitación son el medio por el cual el Prestatario da a conocer a los posibles interesados todos los requisitos y condiciones relativos a una licitación determinada, a fin de que cuenten con la información necesaria para preparar ofertas que se adecuen a los requisitos de la licitación. La claridad de estos documentos es, por lo tanto, de especial importancia. Deben describirse en estos documentos cuidadosamente y con todo el detalle que se requiera los bienes, obras o servicios a ser provistos; se debe evitar incluir condiciones o requisitos que dificulten la participación de contratistas calificados, y deben indicarse claramente los criterios a ser empleados en la evaluación y comparación de ofertas.

El detalle y la complejidad de los documentos puede variar según la naturaleza de la licitación, pero por lo general estos documentos deben incluir: el llamado a licitación; instrucciones para los licitadores; formulario para la oferta; requisitos sobre garantías; modelo de contrato; especificaciones técnicas; lista de bienes o cantidad y, cuando corresponda, tabla de precios.

Todo licitante debe de cumplir con los requisitos que la convocante requiera como el aspecto legal y administrativo que garantice el cumplimiento del servicio, es decir, los estándares que solicita la convocante, tanto en personal requerido para ser atendido, infraestructura, acreditación legal y estados financieros sanos para tener solvencia en caso de una desviación de los siniestros contraídos y poder hacer frente a lo solicitado.

Este rubro dentro de la licitación evita que participen compañías aseguradoras que no puedan cumplir con los estándares de servicio, dado que pueden provocar una pérdida de dinero en caso de no tener la solvencia financiera suficiente, aunque se haya presentado el costo más bajo, en la realidad lo que deja fuera a muchas aseguradoras dentro de un proceso de licitación, es la propuesta técnica, es decir, la falta de legalidad, documentación o experiencia en el mercado asegurador que la convocante requiere para otorgarles el seguro.

La propuesta técnica se visualiza en una Licitación a través de los Anexos y siempre se presenta toda la documentación de la misma en un sobre cerrado.

1.2.3 Propuesta económica

Es la parte final del proceso de una licitación, es realmente la razón que implica un cálculo matemático para la contratación del seguro, la suscripción del riesgo, la proyección del negocio y el más puro que hacer del Actuario en una licitación.

Es donde se refleja el análisis de la información proporcionada por el contratante, llámense estadísticas de años anteriores, cálculo del seguro por persona, por definición de la colectividad, los montos gastados por la siniestralidad, el uso del seguro por los asegurados, las enfermedades crónicas, así como los accidentes que se han pagado o que debemos de continuar pagando en caso de que se gane la licitación. Se hace el análisis de todos los datos anteriores para dar un precio por lo que se está ofertando siempre con la finalidad de cobrar lo justo por el servicio, ni más, ni menos.

Toda dependencia solicita que la propuesta económica sea presentada en el formato que ellos requieran. Básicamente, los datos se vacían en cuadros que la convocante proporciona donde se separa la información como puede ser el la población, las tarifas unitarias y las primas por quinquenio que se aplicaran durante toda la vigencia.

El algunas ocasiones la requisición de los cuadros y llenado del formato económico suele ser complejo puesto que la personas que solicitan este tipo de presentación; por lo general, son los asesores de la dependencias del gobierno y desconocen de la matemática para el cálculo del seguro haciendo difícil la presentación del costo.

La propuesta económica dentro del ramo de gastos médicos es presentada en moneda nacional y tiene una vigencia de 60 días a partir de la fecha de apertura de las mismas. En caso de ser adjudicado, existiendo una equivocación en el cálculo del seguro, no se podrá desechar, ni anular el servicio por parte de la aseguradora, estará obligada a cumplir con el contrato en tiempo y costo que se fijó en su propuesta. Si se fija un precio a los documentos de licitación, éste debe reflejar el costo de su reproducción y en ningún caso ser tan alto como para desalentar la competencia.

La propuesta económica se visualiza en una Licitación a través de los anexos y siempre se presenta toda la documentación de la misma en un sobre cerrado.

1.3 Acreditación de la existencia legal y de sus obligaciones fiscales

Para fines fiscales, es necesario definir si una persona realizará sus actividades económicas como persona física o como persona moral, ya que las leyes establecen un trato diferente para cada una, y de esto depende la forma y requisitos para darse de alta en el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) y las obligaciones que adquieran.

- Persona física: es un individuo con capacidad para contraer obligaciones y ejercer derechos.
- Persona moral: es una agrupación de personas que se unen con un fin determinado, por ejemplo, una sociedad mercantil, una asociación civil, como las Aseguradoras.

Toda convocatoria a la licitación pública e invitación a cuando menos tres personas de carácter nacional, deberá establecerse como requisito de participación la entrega de un escrito en el que el licitante manifieste bajo protesta de decir verdad, que es de nacionalidad mexicana y, en el caso de adquisición de bienes, además manifestará que los bienes que oferta y entregará, serán producidos en México y contarán con el porcentaje de contenido nacional correspondiente.

En el escrito a que se refiere el párrafo anterior, el licitante manifestará que en caso de que la Secretaría de Economía lo solicite, le proporcionará la información que permita verificar que los bienes ofertados son de producción nacional y cumplen con el porcentaje de contenido nacional requerido.

Con el objeto de acreditar su personalidad, los licitantes o sus representantes podrán exhibir un escrito en el que su firmante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada, mismo que contendrá los datos siguientes:

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

De igual forma, también se puede solicitar documento de no adeudos fiscales, así como la existencia de por lo menos tres de los clientes más importantes que estén actualmente con la aseguradora participante. Todos los documentos deberán ir debidamente firmados por el representante de la aseguradora.

1.4 Criterios para la evaluación de las proposiciones

Las dependencias y entidades para la evaluación de las proposiciones deberán utilizar el criterio indicado en la convocatoria de la licitación

En todos los casos las convocantes deberán verificar que las proposiciones cumplan con los requisitos solicitados en la convocatoria a la licitación:

La utilización del criterio de evaluación Binario (Cumple Si o No) o criterio de puntos o porcentajes (Pobalines), es decir; se le asignará un porcentaje a cada documento o especificación que la convocante requiera hasta llegar a un 100% como tope máximo de cumplimiento de lo requerido.

En ambos criterios solo se adjudicará a quien cumpla los requisitos establecidos por la convocante y oferte el precio más bajo. Cuando las dependencias y entidades requieran obtener bienes arrendamientos o servicios que conlleven el uso de características de alta tecnología deberán utilizar el criterio de puntos y porcentajes o de costo beneficio

Una vez hecha la evaluación de las proposiciones, el contrato se adjudicará al licitante cuya oferta resulte solvente, porque cumple con los requisitos legales, técnicos y económicos establecidos en la convocatoria de la licitación, y por tanto, garantiza el cumplimiento de las obligaciones respectivas y en su caso:

- I. La proposición que haya obtenido el mejor resultado en la evaluación combinada de puntos y porcentajes, o bien, el costo beneficio;
- II. La proposición que hubiera ofrecido el precio más bajo, siempre y cuando resulte conveniente, los precios ofertados que se encuentren por debajo del precio conveniente, podrán ser desechados por la convocante, y
- III. A quien oferte el precio más bajo que resulte del uso de la modalidad de ofertas subsecuentes de descuentos, siempre y cuando la proposición resulte solvente técnica y económicamente. La convocante emitirá en fallo, el cual deberán contener lo siguiente:
 - a. La relación de licitantes cuyas proposiciones se desecharon, expresando las razones legales, técnicas o económicas que sustentan tal determinación e indicando los puntos de la convocatoria que en cada caso se incumpla.
 - b. La relación de licitantes cuyas proposiciones resultaron solventes, describiendo en lo general dichas proposiciones. Se presumirá la solvencia de las proposiciones, cuando no se señale expresamente incumplimiento alguno.
 - c. En caso de que se determine que el precio de la proposición no es aceptable o no conveniente, deberá anexar copia de la investigación de precios realizada o del cálculo correspondiente.
 - d. Nombre del o los licitantes a quien se adjudica el contrato, indicando las razones que motivaron la adjudicación de la o las partidas, los conceptos y montos asignados a cada licitación.

- e. Fecha, lugar y hora para la firma del contrato, la presentación de garantías y en su caso, la entrega de anticipos, y
- f. Nombre, cargo y firma del servidor público que lo emite, señalando sus facultades de acuerdo con los ordenamientos jurídicos que rijan a la convocante.
- g. Indicarán también el nombre y cargo de los responsables de la evaluación de las proposiciones.

En caso de empates, y por tratarse de una póliza cuya naturaleza la hace indivisible, se aplicará de manera supletoria el criterio señalado en el artículo 44 del reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, mismo que señala:

“En caso de empate en el precio de dos o más proposiciones, la adjudicación se efectuara a favor del licitante que resulte ganador del sorteo manual por insaculación que celebre la convocante en propio acto del fallo, el cual consistiría en la participación de un boleto por cada propuesta que resulte empatada y depositarlos en una urna, de la que se extraerá el boleto del licitante ganador “

1.4.1 Evaluación de las proposiciones técnicas.

Se emitirá conforme a los formatos de los Anexos que la convocante mencione en las bases y apegándose a cualquier cambio que se haya derivado de la Junta de Aclaraciones. Toda evaluación de propuesta técnica siempre se presenta en un sobre y se hace de la siguiente manera:

- I. Presentación de ofertas. Todo proponente presentará, en el acto de apertura, dos sobres cerrados, que tendrán el siguiente contenido:
 - a. Propuesta Técnica Sobre No.1: información sobre la capacidad financiera, legal y técnica de las empresas. Dicha información se referirá a temas tales como: solvencia financiera, capacidad para contratar, experiencia general y específica, personal esencial, contratos ejecutados, contratos en ejecución, y compromisos y litigios existentes. El contenido del Sobre No. 1 no debe hacer referencia alguna a la oferta económica; y,
 - b. Propuesta Económica Sobre No. 2: oferta propiamente dicha con la respectiva cotización de precios.

La documentación de precalificación; así como las ofertas deberán presentarse por escrito y en sobres cerrados.

- c. Acto de apertura de los Sobres No. 1. En el primer acto público de apertura se abrirán solamente los Sobres No. 1. Los Sobres No. 2 de todos los participantes, sin abrir, permanecerán en poder del Prestatario hasta el fin de la precalificación.
- d. Precalificación. Con base a la información de los Sobres No. 1 se procederá a la precalificación de los oferentes, dentro de los plazos indicados en las bases.
- e. Resultados de la precalificación. Una vez terminada la precalificación, el Prestatario notificará los resultados en forma simultánea a todas las empresas participantes. En esta ocasión se devolverá el Sobre No. 2, sin abrir, a las no precalificadas.
- f. Descalificaciones posteriores. Cuando una empresa haya sido notificada de su precalificación, no podrá ser descalificada para la licitación correspondiente salvo que la precalificación o registro se haya basado en información incorrecta presentada por la empresa o que hayan ocurrido circunstancias sobrevinientes a la fecha de precalificación o registro que justifiquen esa decisión.

Si se presentasen protestas relacionadas con la etapa de precalificación, éstas deberán ser resueltas por el prestatario antes de abrir los Sobres No. 2.

- g. Acto de apertura de los Sobres No. 2. Una vez concluida la precalificación, pero no antes de cinco (5) días calendario de la notificación oficial de los resultados de la precalificación, se abrirán los Sobres No. 2 en otra ceremonia pública, y se procederá como en cualquier licitación de un solo sobre.

Los documentos de licitación deberán distinguir entre errores u omisiones subsanables y los que no lo son, tanto para la etapa de precalificación como para la de presentación de ofertas. No debe descalificarse automáticamente a un licitador por no haber presentado la información completa, ya sea por omisión involuntaria o porque el requisito no estaba establecido con claridad en los documentos de licitación. Siempre que se trate de errores u omisiones de naturaleza subsanable - generalmente por tratarse de cuestiones relacionadas con constatación de datos, información de tipo histórico o cuestiones que no afecten el principio de que las ofertas deben ajustarse sustancialmente a los documentos de licitación - el Prestatario debe permitir que, en un plazo breve, el interesado proporcione la información faltante o corrija el error subsanable. Sin embargo, existe cierto tipo de errores u omisiones básicos que, por su naturaleza, no son considerados tradicionalmente como subsanables. Ejemplos de ellos son el no firmar la oferta o el no presentar una determinada garantía. Por último, tampoco se permite que la corrección de errores u omisiones sea utilizada por el oferente para alterar la sustancia de su oferta o para mejorarla.

Toda propuesta técnica deberá incluir condiciones generales y especiales.

Las ofertas deberán presentarse por escrito y en sobres cerrados y ser guardados en lugar seguro. Deberán estar firmadas por los representantes legales de los oferentes y cumplir los requisitos establecidos en los documentos de licitación. Serán abiertas en público en el lugar, día y hora previstos. Al acto de apertura podrán asistir los representantes de los oferentes y de la convocante. Las ofertas recibidas con posterioridad a la fecha establecida para su presentación serán devueltas sin abrir. Se leerán en voz alta el nombre de los oferentes, el precio de cada oferta y el plazo y monto de las garantías, así como cualquier modificación sustancial que se hubiere presentado por separado, dentro del plazo, pero con posterioridad a la presentación de la oferta principal. De todo lo actuado se levantará acta, que será suscrita por el representante del prestatario y por los postores presentes que deseen hacerlo

Para que la propuesta sea tomada en cuenta, se deberá ofertar el total de las condiciones de la prestación de los servicios solicitados en la póliza/contrato. Asimismo, deberá manifestar en una carta, su aceptación para que en caso de incumplimiento se haga acreedora a la aplicación de la sanción económica equivalente a un porcentaje por cada día de demora hasta alcanzar el límite del 10% del precio de su oferta presentada por cada partida adjudicada.

1.4.2 Evaluación de las proposiciones económicas.

La proposición económica, deberá contener la cotización del servicio ofertado, indicando la partida, cantidad, precio unitario, subtotal y el importe total del servicio ofertado, desglosando el IVA, conforme a los formatos del Anexos que la convocante mencione en las bases y apegándose a cualquier cambio que se haya derivado de la Junta de Aclaraciones. Se presenta en un sobre independiente al de la propuesta Técnica

Los licitantes sólo podrán presentar una sola oferta una sola oferta económica para la partida objeto, gastos médicos. Las propuestas que se considerarán para su evaluación económica, serán aquellas que hayan cumplido legal, administrativa y técnicamente con lo señalado en la convocatoria.

En caso de que se presente un error de cálculo en las propuestas presentadas, sólo habrá lugar a su rectificación por parte de la Convocante, 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 las cantidades o volúmenes solicitados, éstos podrán corregirse, quedando a lo dispuesto en el artículo 55 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector.

La convocante podrá elaborar un cuadro comparativo con los precios ofertados, lo que permitirá realizar la evaluación de propuestas económicas en igualdad de condiciones para todos los licitantes

y permitirá obtener el resultado de las ofertas a fin de determinar la propuesta económica solvente más baja. Conforme al artículo 2 fracción XI y XII de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, que a la letra señala:

- a. Precio no aceptable: es aquel que derivado de la investigación de mercado realizada, resulte superior en un diez por ciento al ofertado respecto del que se observa como mediana en dicha investigación o en su defecto, el promedio de las ofertas presentadas en la misma licitación;
- b. Precio conveniente: es aquel que se determina a partir de obtener el promedio de los precios preponderantes que resulten de las proposiciones aceptadas técnicamente en la licitación y a éste se le resta el porcentaje que determine la dependencia o entidad en sus políticas, bases y lineamientos.

La evaluación de las propuestas tiene por objeto determinar el valor para el Prestatario de cada oferta para establecer una comparación válida entre ellas y determinar cuál es la evaluada más baja. Para ello, se seguirán los criterios de evaluación Binario, Pobalines. No deberá permitirse a los oferentes, ni se les solicitará, que cambien sus ofertas; tampoco se les impondrán nuevas condiciones no previstas en los documentos de licitación como condición para adjudicar. Los términos y condiciones del contrato serán sustancialmente los mismos que los establecidos en el contrato incluido en el documento de licitación.

El Prestatario deberá someter a la aprobación de la dependencia, que deberá preparar sobre la evaluación y comparación de las ofertas, en el que consten los fundamentos en que se basa la recomendación de adjudicar el contrato. En caso de existir, la oferta económica no deberá rebasar el techo financiero autorizado.

Dentro de gastos médicos la presentación de la propuesta económica puede estar condicionada a lo siguiente:

- a. Cotización para el seguro básico, se debe adjuntar las tarifas por sexo y rangos de edades, para cada grupo de población, incluyendo el I.V.A., mostrando la prima total anual.
- b. Tarifas por sexo y rangos de edades, para el seguro de cónyuges y dependientes económicos, incluyendo el I.V.A., mostrando la prima total anual.

1.4.3 Fallo

La convocante emitirá un fallo, el cual deberá contener lo siguiente:

1. La relación de licitantes cuyas proposiciones se desecharon, expresando todas las razones legales, técnicas o económicas que sustentan tal determinación e indicando los puntos de la convocatoria que en caso se incumplan.
2. La relación de licitantes cuyas proposiciones resultaron solventes, describiendo en lo general dichas proposiciones. Se presumirá la solvencia de las proposiciones, cuando no se señale expresamente incumplimiento alguno.
3. En caso de que se determine que el precio de una proposición no es aceptable o no es conveniente, se deberá anexar copia de la investigación de precios realizada o del cálculo correspondiente.
4. Nombre del o los licitantes a quien se adjudica el contrato, indicando las razones que motivaron la adjudicación, de acuerdo a los criterios previstos en la convocatoria, así como la indicación de la o las partidas , los conceptos y motivos a cada licitante.
5. Fecha, lugar y hora para la firma del contrato, la presentación de garantías y, en su caso, la entrega de anticipos.
6. Nombre, cargo y firma del servidor público que lo emite, señalando sus facultades de acuerdo con los ordenamientos jurídicos que rijan a la convocante indicaran también el nombre y cargo de los responsables de la evaluación de las proposiciones

1.4.4 Firma del contrato

El procedimiento de licitación se completa con la firma del contrato entre el adjudicatario y el Prestatario. Este acto debe llevar a cabo dentro de un período breve de ocurrida la adjudicación formal. Suelen formar parte del contrato los documentos de licitación y la oferta. Las cláusulas del contrato no deben contrariar ni lo establecido en el modelo de contrato o en otras disposiciones de los documentos de licitación, ni los términos de la oferta sobre la que recayera la adjudicación.

1.5 Anexos técnicos y económicos.

Es la forma en que la convocante va a describir el servicio que requiere contratar y determinar el formato como quiere que se presenten los documentos para cotejar la información que solicitan, en general se enumeran con letras o en números romanos se utilizan para darle orden, estructura y nomenclatura a la presentación de las propuestas tanto Técnica como Económica. Es decir, en una convocatoria de licitación el contrato y sus anexos son los instrumentos que vinculan a las partes en sus derechos y obligaciones.

Las estipulaciones que se establezcan en el mismo, no deberán modificar las condiciones previstas en la convocatoria a la licitación y sus juntas de aclaraciones, en caso de discrepancia, prevalecerán lo estipulado en estas.

El licitante deberá presentar los anexos en hoja membretada con la descripción técnica y económica de los servicios que se ofrecen en concordancia con lo señalado con la convocante especificando en detalle el cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos establecidos en el mismo.

Dado que no es tema de este trabajo presentar todos los anexos técnicos y económicos, solo se pondrá como ejemplo como se mencionaría la descripción del servicio dentro de un Anexo, mostrando las características básicas que se solicitan para la contratación del seguro de gastos médicos mayores.

1.5.1 Anexo Único

Definiciones del servicio que requiere la convocante para otorgar el servicio de gastos médicos mayores, son las siguientes:

- Vigencia del Seguro: Fecha y hora de inicio y término de la cobertura.
- Objeto del Seguro: Proteger y resarcir al asegurado de los gastos en que incurra, con motivo de enfermedad o accidente cubierto, requiriera tratamiento médico, cirugía u hospitalización.
- Tipo de Moneda: Todos los pagos relativos a estos seguros, ya sea por parte del contratante o del asegurado o de la aseguradora, se harán en la moneda nacional, para los gastos que se originen en el extranjero y que sean procedentes de acuerdo a las estipulaciones de la póliza, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio fijado por el Banco de México, vigente para la moneda y la fecha en que se eroguen dichos gastos.
- Colectividad Asegurable: Definición de la colectividad asegurable, tales como servidores públicos de mandos medios, enlace y operativo, así como sus cónyuges e hijos menores de 25 años que no tengan remuneración por trabajos personales, su concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, en términos de las disposiciones aplicables.
- Edades de aceptación: Fija el límite o sin límite de edad para los asegurados titulares y beneficiarios, siempre y cuando los titulares sean servidores públicos de la dependencia, ascendientes del titular será hasta los 80 años para nuevas altas y vitalicia en caso de renovación. En el caso de hijos dependientes económicos serán aceptados desde el nacimiento hasta los 25 años, tomándose como edad la cumplida el día de inicio de vigencia de la póliza y cancelándose automáticamente hasta la terminación de la vigencia de la misma.
- Nivel Hospitalario: Sin restricción hospitalaria, de primer nivel que cuenten con alto estándar de calidad de servicio, atención medica e instalaciones
- Cobertura: nacional y de emergencia en el extranjero, que se refiere a enfermedad o accidente cubierto que pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del

asegurado, motivo por el cual ingresa por el área de urgencias o emergencias a un hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente. El cual será cubierto mediante pago directo por la aseguradora, siempre y cuando se trate de hospital y médicos de red. Esta cobertura aplica tanto en territorio nacional como en el extranjero

- Suma Asegurada: Es por persona y por padecimiento. La reinstalación automática, se refiere a que cada padecimiento tiene una nueva suma asegurada, según el Manual de Percepciones de los servidores públicos las Sumas Aseguradas pueden ser

SUMA ASEGURADA

74 SMGM²

111 SMGM

148 SMGM

185 SMGM

259 SMGM

295 SMGM

333 SMGM

Existen ocasiones en que las llegan a pedir por suma asegurada sin límite:

- Deducible: 3 SMGM, cantidad indicada en el certificado individual, a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a las condiciones establecidas.
- Coaseguro: 10 % Porcentaje especificado en la carátula y/o endosos de la póliza, a cargo del asegurado que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible. En caso de pago directo operará bajo las condiciones estipuladas en la sección Pago Directo.
- Nivel de Tabla de I. Q.: 60 SMGM Es la suma asegurada máxima contratada, especificada en la carátula y/o endosos de la póliza, así como en el correspondiente certificado individual, para intervenciones quirúrgicas.
- Honorarios de Enfermera: Hasta 30 días, 3 turnos por día, indicado por el médico tratante, sin limitantes por patología o tratamientos.
- Maternidad por parto normal y/o cesárea: Esta cobertura opera con reconocimiento de antigüedad de otras compañías, con cobro de deducible y coaseguro, en pago directo se elimina con atención de médicos y hospital de red. Quedan incluidos honorarios del médico, ayudante, anesthesiólogo, instrumentista y pediatra, así como, cualquier alteración derivada

² SMGM: Salarios Mínimos Generales Mensuales, se toma el del Distrito Federal año 2014 (\$ 2017. 8)

del parto normal o cesárea, y los gastos propios del recién nacido por enfermedad o aseo, la suma asegurada solicitada es de 30 SMGMDF, hasta el gasto usual y acostumbrado, con periodo de espera de 10 meses para altas de asegurados durante la presente vigencia.

- Quedan cubiertos la asegurada titular, cónyuge o concubina, con rango de edad de 18 a 45 años.
- Pago de gastos complementarios: Es la continuidad en el pago de las reclamaciones originadas anteriormente al inicio de la presente, a la celebración de este contrato siempre y cuando exista suma asegurada remanente.
- El pago de complementos y/o colas de siniestros se les dará continuidad siempre y cuando exista suma asegurada remanente y el contrato se encuentre vigente con la aseguradora, de acuerdo a la información proporcionada en la siniestralidad. Solo se cubren complementos de entrada, no se cubren complementos de salida.
- Padecimientos y/o enfermedades preexistentes. para cada uno de los certificados individuales que de esta se deriven, el padecimiento y/o enfermedad preexistente es aquel que previamente a la celebración de este contrato: a) se haya declarado su existencia, o b) que se compruebe, mediante la existencia de un expediente médico o donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) se hayan hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento y/o enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior. Cuando la compañía cuente con pruebas documentales de que se han hecho gastos para que el Asegurado reciba un diagnóstico del padecimiento y/o enfermedad de que se trate, podrá solicitar el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación. En caso de que exista alguna controversia por este concepto se aplicará lo dispuesto en la cláusula

- Arbitraje Médico. Si el Asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la compañía, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a los padecimientos y/o enfermedades preexistentes respecto de los padecimientos y/o enfermedades relativos al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticados en el citado examen.
- Reconocimiento de Antigüedad: La fecha a partir de la cual el asegurado cuenta con la protección de una póliza de gastos médicos mayores de forma individual o contratada a través de otra colectividad distinta con cualquier aseguradora, y sólo servirá para reducir o eliminar periodos de espera; siempre y cuando la protección haya sido continua e ininterrumpida.

- Algunos de los beneficios Adicionales a considerar son: deportes peligrosos; sida; daños psiquiátricos; asalto y/o secuestro y/o violación; cirugías refractivas; conversión a individual; visión; y, dental.

En caso de no cumplir al 100% con la descripción del servicio que arriba menciona la convocante, los prestadores del servicio quedaran descalificados y sus propuestas serán desechadas.

Capítulo 2.

Propuesta de un manual de procedimiento para la propuesta económica en el seguro colectivo de gastos médicos mayores

2.1 Base normativa

La base normativa será el acuerdo de voluntades generador de obligaciones, celebrado entre la convocante en ejercicio de las funciones administrativas que le competen con otro órgano administrativo o con un particular o administrado (Aseguradora), para satisfacer necesidades públicas.

El análisis comparativo de las propuestas técnicas y económicas admitidas; así como la opinión que emita el correspondiente Comité de la Convocante optará por la proposición que cumpla con las condiciones legales, técnicas y económicas requeridas contando con la experiencia, soporte técnico y capacidad de solución o respuesta que garantice satisfactoriamente el cumplimiento de las obligaciones establecidas en las bases de licitación, y resultare su propuesta solvente y por lo tanto, satisfactoria a la totalidad de los requerimientos de la convocante. El aseguramiento se adjudicará a quien haya presentado dicha propuesta.

Declarando y manifiesto la convocante el compromiso moral y solidario con la aseguradora en la asignación de licitación, puesto que el suministro o servicio a contratar se verá reflejado en un beneficio de la convocante. Acto seguido se firma el acta para la adjudicación.

2.2 Seguro colectivo de gastos médicos mayores

Para poder operar dentro del ramos de gastos médicos toda aseguradora debe contar y publicar abiertamente sus condiciones generales de gastos médicos mayores colectivo, previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y regidas conforme a Ley Sobre el Contrato de Seguro y demás regulación y normatividad que les resulte aplicable.

Dado que es un trabajo por experiencia profesional, enunciaré los conceptos básicos y definiciones de las condiciones generales de Seguros Inbursa, Grupo Financiero, con el objeto de asentar lo que se cubre dentro del seguro y que no se podría cubrir de manera común para cualquier negocio, pero se acepta cubrir para concursar para una licitación.

2.2.1 Condiciones Generales

1. Objeto del Seguro. Si como consecuencia de una emergencia médica, accidente o enfermedad cubiertos, se realizaren alguno de los gastos médicos descritos en la cobertura básica y el asegurado así lo solicite, la compañía reembolsará el costo de los mismos o, en caso de que el prestador de servicios elegido y contratado por el asegurado pertenezca a la red médica, y el asegurado así lo elija, la compañía pagará directamente el costo de los mismos, ajustándolos previamente a los límites consignados en estas condiciones generales y en las cláusulas adicionales que formen parte de este seguro. No aplicará ningún periodo de espera en caso de accidente cubierto o emergencia médica.

La compañía, tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia de esta póliza, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la suma asegurada;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el período de vigencia de esta póliza y el período de beneficio establecido.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del accidente o enfermedad cubiertos que haya afectado al asegurado.

2 Cobertura Básica. Gastos Médicos Cubiertos.

Los gastos en que se incurra dentro de los Estados Unidos Mexicanos por servicios y/o materiales médicos para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubiertos, que por prescripción de un médico, sean necesarios para el tratamiento y diagnóstico del accidente o enfermedad mencionados, siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia de esta póliza y que se efectúen por cualquiera de los siguientes conceptos:

- Gastos Hospitalarios.
 - a. El costo de un cuarto privado estándar con baño y alimentos proporcionados al Asegurado.
 - b. Cama extra para un acompañante del Asegurado durante la estancia de éste en el Hospital.
 - c. La estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
 - d. Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, sueros u otras sustancias semejantes.
 - e. El uso de sala de operaciones, recuperaciones o de curaciones.

- f. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos.
- g. En caso de intervención quirúrgica amparada donde se requiera el trasplante de corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado o médula ósea, quedarán cubiertos los gastos del donador con un límite de \$100,000.00 (cien mil pesos 00/100 M.N.).

En ningún caso se cubren las pruebas de compatibilidad, ya sean del donador final o de posibles donadores.

3 Pago de Indemnizaciones.

Cuando se presente una reclamación por algún accidente o enfermedad cubierta, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y del importe determinado se descontará primero la cantidad que se indica en esta póliza bajo el rubro de deducible y después, a la cifra resultante se le descontará la cantidad que corresponda al coaseguro, señalado en la carátula de esta póliza.

El total de las cantidades que pague la compañía, nunca será superior a la suma asegurada que se haya contratado. En caso de contratarse la suma asegurada en función del salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal, el número de veces de salario mínimo general mensual de la suma asegurada vigente a la fecha de inicio del padecimiento o de ocurrencia del accidente permanecerá fija para el siniestro.

El coaseguro máximo absoluto a cargo del asegurado será de 30 (treinta) veces el salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal a la fecha de la presentación del primer gasto de una enfermedad cubierta, independientemente del monto de los honorarios médicos y/o quirúrgicos contratados.

En toda reclamación deberá comprobarse por cuenta del reclamante la realización del siniestro, por lo que, con independencia de lo señalado más adelante para cada cobertura, el reclamante deberá presentar a la compañía una declaración del médico o médicos que hayan atendido al asegurado a través de las formas de declaración correspondientes que para tal efecto le proporcione la compañía, así como todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico de los accidentes y/o enfermedades.

Con la aceptación de esta póliza y del certificado individual correspondiente, el asegurado y/o los reclamantes autorizan a la compañía para que, en cualquier tiempo, solicite y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que hayan atendido al asegurado o que lo atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre sus accidentes y/o enfermedades anteriores y/o actuales.

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, el asegurado y/o los reclamantes deben cumplir con su obligación de presentar, en cada ocasión que la compañía se lo solicite, un resumen clínico, así como toda la información y documentación que la compañía les requiera sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de los accidentes y/o enfermedades correspondientes, ya que los mismos son indispensables para que la compañía pueda conocer el fundamento de su reclamación, y las circunstancias propias de la realización de un evento objeto de reclamo.

4 Padecimientos y/o enfermedades preexistentes.

Para efectos de esta póliza y para cada uno de los certificados individuales que de esta se deriven, padecimiento y/o enfermedad preexistente es aquel que previamente a la celebración de este contrato: a) se haya declarado su existencia, o b) que se compruebe, mediante la existencia de un expediente médico o donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) se hayan hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento y/o enfermedad de que se trate.

La compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior. Cuando la compañía cuente con pruebas documentales de que se han hecho gastos para que el asegurado reciba un diagnóstico del padecimiento y/o enfermedad de que se trate, podrá solicitar el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que exista alguna controversia por este concepto se aplicará lo dispuesto en la cláusula "Arbitraje Médico".

Si el Asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la compañía, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a los padecimientos y/o enfermedades preexistentes respecto de los padecimientos y/o enfermedades relativos al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticados en el citado examen.

5 Período de beneficio.

En caso de que esta póliza se dé por terminada anticipadamente de conformidad con la cláusula "*Terminación anticipada del contrato*" o ésta no se renueve, y alguno de los asegurados se encuentra recibiendo algún tipo de atención médica cubierta en esta póliza, solamente se indemnizarán los gastos médicos cubiertos que se hayan generado en el curso de los siguientes 30 (treinta) días en que se lleve a cabo la terminación.

6 Arbitraje Médico

En caso de desacuerdo respecto de si un padecimiento y/o enfermedad es preexistente o no, los asegurados podrán acudir a un procedimiento arbitral. En este caso, la controversia será sometida a la decisión de un árbitro, que deberá ser Perito Médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo árbitro, se designarán 2 (dos), uno por cada parte. Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera. Antes de comenzar con sus funciones correspondientes, ambos árbitros nombrarán un tercero, que también deberá ser Perito Médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes.

Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro o si no lo hiciera cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciera falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

En caso de fallecimiento de una de las partes si fuere persona física o de su disolución en caso de persona moral, mientras se esté realizando el arbitraje a que se refiere esta cláusula, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los árbitros. En caso de que sea alguno de los árbitros el que falleciere antes del dictamen, será designado otro según corresponda (por las partes, los árbitros o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de la Compañía.

Si los Asegurados optaron por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a ellos no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que han aceptado la determinación de la Compañía respecto a la preexistencia de un padecimiento y/o Enfermedad.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía, simplemente determinará la preexistencia o no del padecimiento y/o enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

7 Terminación anticipada del contrato.

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del contratante o asegurado, mediante notificación realizada por escrito a la compañía. En cualquier caso, la compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiera estado en vigor y deberá devolver al

Contratante la prima total por el tiempo de vigencia no corrido, menos los gastos de expedición y el correspondiente Impuesto al Valor Agregado.

8 Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Este plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios, se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción a que se refiere el párrafo anterior. Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Compañía.

2.3 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

La presente Ley es de interés público y tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros; las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar; así como las de los agentes de seguros y demás personas relacionadas con la actividad aseguradora, en protección de los intereses del público usuario de los servicios correspondientes. Donde una mutualidad es un conglomerado de entidades o personas que aglutinan necesidades comunes, principalmente de seguir trasladando sus riesgos, pero que estas masas de gente que comparte intereses es tan grande, que pueden llegar a operar como mutualidad sin tener que recurrir al seguro tradicional

En este caso, el acuerdo de los miembros de la mutualidad es hacer frente a las pérdidas de quienes sufran pérdidas y los miembros de esta mutualidad participan de las pérdidas en la medida que hubieran acordado.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos lo relacionado con los preceptos de esta Ley y en general para todo cuanto se refiere a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros. Para estos efectos, podrá solicitar cuando así lo estime conveniente la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, del Banco de México o de algún otro organismo o dependencias en razón de la naturaleza de los casos que lo ameriten.

Para los efectos de lo dispuesto en la fracción II del artículo 36 de esta Ley, las instituciones de seguros deberán sustentar cada una de sus coberturas, planes y las primas netas de riesgo que correspondan, en una nota técnica en la que se exprese de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:

- a. Las tarifas de primas y extraprimas;
- b. La justificación técnica de la suficiencia de la prima y, en su caso, de las extraprimas;
- c. Las bases para el cálculo de reservas;
- d. Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso, se establezcan;
- e. El porcentaje de utilidad a repartir entre los asegurados, en su caso;
- f. Los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos que procedan;
- g. Los procedimientos para calcular las tablas de valores garantizados, en los casos en que procedan;
- h. Los recargos por costos de adquisición y administración que se pretendan cobrar; e
- i. Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate.

Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, previo el registro de las notas técnicas que al efecto lleve la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo que establece el artículo 36-D de esta Ley.

Las instituciones que realicen operaciones sin fundamento en la nota técnica a que se refiere este artículo, omitan su registro o desarrollen las operaciones en términos distintos a los que se consideren en la misma, serán sancionadas en los términos de esta Ley.

Cuando una institución de seguros otorgue una cobertura, en contravención a este artículo, que dé lugar al cobro de una prima o extraprima inferior a la que debería cubrirse para riesgos de la misma clase, que la institución opere, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le concederá un plazo de diez días a partir de la fecha de notificación para que exponga lo que a su derecho convenga. Si dicha Comisión determina que ha quedado comprobada la falta, le ordenará a la empresa que dentro del término que señale, no mayor de treinta días naturales, corrija el documento de que se trate manteniendo la vigencia de la póliza hasta su terminación a su costa no pudiendo, en su caso, renovarse la póliza en las mismas condiciones.

En las coberturas de vida o de accidentes y enfermedades en que una institución de seguros cobre una prima o extraprima superior a la que debería cubrirse para los riesgos de la misma clase que la propia institución opere, la CNSF ajustándose determina que ha quedado comprobada la falta, lo comunicará al contratante, asegurado o beneficiario o a sus causahabientes para que en un plazo de

diez días a partir de la fecha de notificación, determine si se le devuelve el exceso cobrado y su rendimiento o se aumenta la suma asegurada. En caso de que no resuelva nada en el referido plazo, la Comisión ordenará a la institución la devolución del exceso cobrado y su rendimiento. Tratándose de coberturas de daños, la Comisión dará vista al interesado previamente y ordenará a la institución que devuelva el exceso cobrado y su rendimiento”.

El Artículo 36B señala que los contratos de seguros en que se formalicen las operaciones de seguros que se ofrezcan al público en general como contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos, por una institución de seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro; así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, deberán ser registrados ante la CNSF.

La citada Comisión registrará los contratos señalados y, en su caso, los modelos de cláusulas adicionales independientes que cumplan los mismos requisitos, previo dictamen de que los mismos no contienen estipulaciones que se opongan a lo dispuesto por las disposiciones legales que les sean aplicables y que no establecen obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para contratantes, asegurados o beneficiarios de los seguros y otras operaciones a que se refieran.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una institución de seguros sin contar con el registro de la CNSF es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes, contra la institución de seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público las operaciones y servicios que esta Ley les autoriza, previo registro ante la CNSF de sus productos. Los requisitos para obtener el referido registro observarán los siguientes principios generales:

I.- Tratándose de productos de seguros que se ofrezcan al público como contratos de adhesión:

- a. Las instituciones deberán presentar ante la CNSF, de manera conjunta, la nota técnica a que se refiere el artículo 36-A, así como la documentación contractual a que se refiere el artículo 36-B de esta Ley, correspondientes a cada uno de los productos;
- b. La nota técnica del producto deberá ser elaborada en términos de lo previsto en los artículos 36 y 36-A de esta Ley y con apego a los estándares de práctica actuarial que al efecto señale la CNSF, mediante las disposiciones generales a que se refiere este artículo. Las notas técnicas deberán ser elaboradas y firmadas por un actuario con cédula profesional que además cuente con la certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad o acredite ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que tiene los conocimientos requeridos para este efecto;

- c. La documentación contractual del producto deberá acompañarse de un dictamen jurídico que certifique su apego a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de esta Ley y demás disposiciones aplicables.
- d. La solicitud de registro del producto de que se trate, deberá acompañarse de un análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual, el cual deberá ser suscrito tanto por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica, como por un abogado de la institución.

II.- Tratándose de productos de seguros distintos a los señalados en la fracción anterior:

- a. Las instituciones deberán presentar ante la CNSF, de manera conjunta, la nota técnica a que se refiere el artículo 36-A, así como el proyecto de la documentación contractual correspondiente al producto. En el caso de que al celebrarse el contrato se modifique dicho proyecto, la documentación contractual definitiva deberá ser remitida a la Comisión dentro de los diez días hábiles siguientes a su celebración, iniciando con ello nuevamente el plazo previsto en este artículo para que la Comisión pueda ejercer la facultad de suspender el registro del producto para subsecuentes contrataciones;
- b. La solicitud de registro del producto de que se trate, deberá acompañarse de un análisis de congruencia entre la nota técnica y el proyecto de documentación contractual, el cual deberá ser suscrito tanto por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica, como por un abogado de la institución.

Los productos quedarán inscritos en el registro a partir del día en que se presenten a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas cumpliendo con los requisitos establecidos en el presente artículo, y la institución de inmediato podrá ofrecer al público los servicios previstos en el mismo.

Si la nota técnica o la documentación contractual de los productos de seguros registrados no se apega a lo dispuesto en los artículos 36, 36-A y 36-B de la Ley, así como a las disposiciones de carácter general a las que se refiere este artículo, la Comisión en un plazo que no excederá de 30 días hábiles a partir de aquél en que le fue presentada, suspenderá el registro del producto. En este caso, la institución dejará de ofrecer y contratar la operación correspondiente hasta en tanto integre la nota técnica o la documentación contractual conforme a lo dispuesto en este artículo. Si la institución no presenta todos los elementos dentro de un término de 60 días hábiles a partir de aquél en que se le haya comunicado la suspensión del registro, el mismo quedará revocado.

Las operaciones que la institución haya realizado desde la fecha de registro hasta la de suspensión del mismo, o después de éste, deberán ajustarse a costa de la institución, a los términos correspondientes de la nota técnica o documentación contractual cuyo registro se haya restablecido y si la institución no la presenta y opera la revocación del registro, la Comisión ordenará las

correcciones que conforme a lo dispuesto en la fracción I del artículo 36 de esta Ley procedan, ello con independencia de las sanciones que conforme a la presente Ley correspondan.

Cuando las operaciones que realicen las instituciones de seguros, obtengan resultados que no se apeguen razonablemente a lo previsto en la nota técnica correspondiente y, por ello, se afecten los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios así como la solvencia y liquidez de esas instituciones, la Comisión podrá revocar el registro de la nota técnica y, por ende, del producto de que se trate.

En este caso, la institución deberá adecuar la nota técnica a las condiciones que se hayan presentado en el manejo y comportamiento del riesgo cubierto y someterla nuevamente a registro. Si a juicio de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas no hubieren sido subsanadas las deficiencias de la nota técnica, ordenará las modificaciones o correcciones que procedan, prohibiendo entre tanto su utilización.

2.3 Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Para describir de mejor manera esta Ley y su objetivo te comentamos que los Gobiernos manejan recursos que originalmente le pertenecen a la Nación y son producto de las contribuciones vía impuestos que genera su población y de la explotación de sus recursos naturales, por lo que estos ingresos deben ser utilizados para generar bienestar y para cumplir con sus funciones.

Como cualquier otra entidad económicamente activa, el Gobierno tiene que adquirir productos y servicios para cumplir sus propósitos y debe realizar Obras Públicas que demandan sus ciudadanos. Ahora bien, la manera en que va a realizar este gasto o inversión debe estar sustentada en la Ley, ya que a diferencia de los particulares, el Gobierno solamente puede realizar acciones para las cuales está explícitamente autorizado.

Por lo tanto debe contar con una estructura de Leyes que le diga cómo debe realizar su actividad. Aquí entramos en el ámbito de la Constitución, en este caso de la de México, la cual en su artículo 134 dice:

"Artículo 134. Los recursos económicos de que dispongan el Gobierno Federal y el Gobierno del Distrito Federal, así como sus respectivas administraciones públicas paraestatales, se administrarán con eficiencia, eficacia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados."

Obviamente estas consideraciones son muy generales, al amparo de este artículo se emiten dos leyes:

1. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (objeto de este trabajo)
2. Ley de Obras Públicas y Servicios.

En estas dos Leyes, se especifica la manera en la que el Gobierno debe actuar para realizar sus adquisiciones y para desarrollar las obras públicas. Cada una de estas leyes cuenta con un Reglamento que especifica aún más estas actividades.

De esta manera, el ciudadano común y corriente tiene la certeza de cuál debe ser el procedimiento por el que el Gobierno gasta el dinero y los funcionarios públicos conocen las normas a las cuales deben ajustarse para realizar este gasto. Ese es el fundamento de por qué y para qué debe existir una Ley de Adquisiciones.

2.4 Diseño del manual para propuestas económicas.

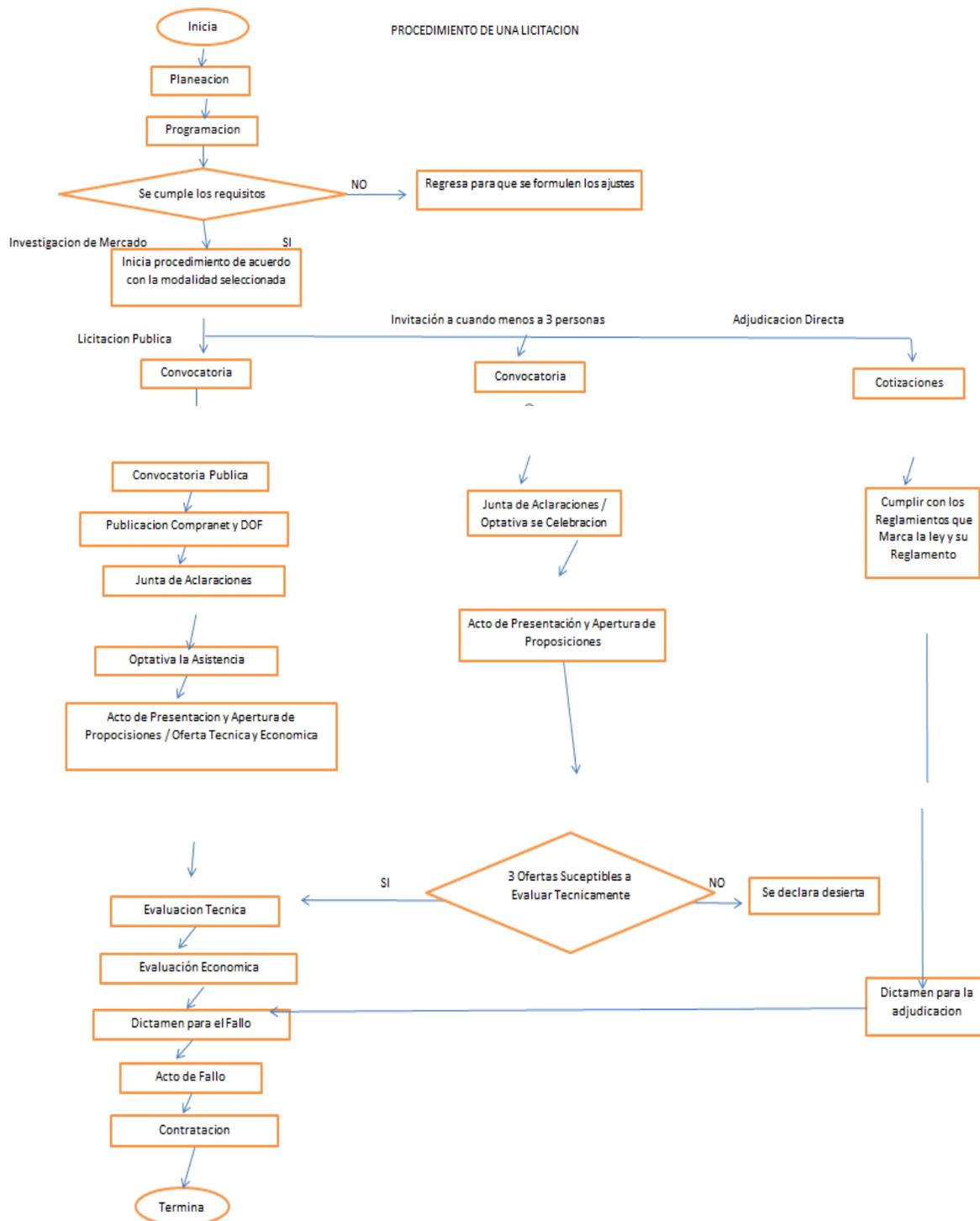
El diseño de la propuesta económica se realizará conforme a lo establecido en las bases de la licitación; así como sus modificaciones derivadas de la Junta de Aclaraciones. No existe un programa o sistema general donde se puedan vaciar los datos de una licitación, calcularlos y arrojar el costo.

Cada licitante propone un cuadro económico para que se requirieran los valores, primas, costos y datos que ellos necesitan para evaluar la propuesta económica. Dicho cuadro está pensado en las características del contratante, así como la fácil interpretación o lectura para la convocante, la realización de dicho cuadro se va creando de manera única con los datos recibidos.

Además de los conocimientos matemáticos de los Actuarios es necesario se domine alguna paquetería o tener un buen nivel en el manejo del programa, dado que el 90% de los cuadros económicos son realizados en este formato, porque nos permite vincular formular y calcular de manera rápida y visual.

Existen casos donde los cuadros y el vaciado de la información no es clara por parte de la convocante -porque así les conviene- y un buen cálculo de la prima puede ser mal presentado, lo cual puede ocasionar la pérdida del negocio, o peor aún, ofrecer un costo por debajo del proyectado.

2.5.1 Diagrama de flujo



2.5.2 Análisis de la información

La mayoría de las dependencias gubernamentales ya cuentan con seguro de gastos médicos mayores, por lo tanto con el objeto de renovar su seguro de gastos médicos lo hacen a través de una Licitación Pública -objeto de este trabajo- dándole continuidad, año con año, al seguro, esto implica a la aseguradora vigente facilitar la información actualizada que se le solicite para el cálculo del costo renovación del seguro, esta será otorgada a todos los participantes que hayan comprado las bases de la licitación, la aseguradora que actualmente está brindando el seguro puede concursar y retener la cuenta.

La información recibida para el cálculo del seguro de gastos médicos debe ser puntual y muy concreta, debe ser entregada dentro de un formato que se pueda trabajar fácilmente, es preferible que los datos vengan en formato de Excel, como anteriormente lo comentamos es una herramienta que nos permite vaciar los datos y manipularlos de manera más rápida.

Dada la complejidad del ramo es necesario interactuar con otras áreas y especialidades, como es el área de selección médica, donde se encuentran los médicos que nos ayudan a interpretar las enfermedades y accidentes que actualmente tiene la colectividad, así como el posible gasto o tratamiento que generarán en caso de ganar la cuenta y seguir dándole continuidad al pago de complementos, nosotros trabajamos y calculamos la probabilidad de que sigan gastando y/o utilizando la póliza por parte de la convocante, al análisis de enfermedades que reportan se le denomina siniestralidad.

La siniestralidad refleja el uso de la póliza por parte de los asegurados, estos gastos pueden ser nuevos o pagos de medicamentos, terapias o seguimiento a enfermedades crónicas. Aquí se identifica que tan sana es una población o que tanto están utilizando el seguro.

Existen varios factores para el análisis de la información que además de los indicados por el área médica el Actuario tiene que considerar, pero solo se enuncian los más relevantes:

1. La información histórica: Cada año se licita la renovación de los seguros, por tal motivo todas las aseguradoras tienen que ir formando un historial de la información recibida, identificando el negocio y verificando si es consistente con la del año anterior, tanto en condiciones, población y sobre todo siniestralidad.
2. Los gastos de adquisición: La utilidad que va a recibir la aseguradora por la ganancia del negocio, los gastos de administración, la inflación y en algunos casos si la convocante lo permite, se tomara en cuenta la comisión de la figura de un agente de seguros.
3. La región: Dentro de la República Mexicana el norte del país es donde más carne consumen, lo cual nos va a disparar el número de casos de ácido úrico que se pueden

transformar en enfermedades crónicas, En el área metropolitana la mayor parte de la población sufre de estrés y problemas estomacales que se pueden derivar en reflujo, cáncer, infartos, etc.

4. La Colectividad: Si la dependencia es la policía federal, entonces la mayoría de las personas son jóvenes y sanas, a consecuencia de su actividad se tendrán gastos en accidentes que van desde armas de fuego, hasta accidentes o reparación o implantación de prótesis. De igual manera, si se tiene asegurados al personal en vía pública del Gobierno del Distrito Federal, se tendrán a muchas personas sanas pero la mayoría podrían hacer reclamos por accidentes que sufran en la vía pública. Por último, al asegurar al Instituto Nacional de la Mujeres, observaremos los casos de parto así como los relacionados con Cáncer de Mama.
5. El entorno Político-Social: En el sexenio de Lic. Ernesto Zedillo Ponce de León se ganó la cuenta de la Policía Federal; sin embargo, no existía tanta violencia contra este grupo de personas, para el sexenio del Lic. Felipe Calderón Hinojosa, la siniestralidad de dicha dependencia alcanzó niveles históricos.

Tengamos en mente que esto es un negocio y, como tal, se deben proyectar y calcular todas las variables que la dependencia pueda tener, para así otorgar un costo ni muy alto ni muy bajo, si no lo justo.

2.5.3 Moneda en la que deberá cotizarse

Para el ramo de gastos médicos, las propuestas económicas siempre deben presentarse en moneda nacional. Dado que la mayor parte del mercado asegurador no ofrece este tipo de seguro en moneda extranjera.

2.5.4 Desglose y veracidad de la información recibida

La información que se recibe y se analiza para la cotización de gastos médicos de una dependencia federativa, debe contener información precisa de la población a asegurar, es decir, es necesario contar el nombre y fecha de nacimiento de las personas que integran la colectividad, así como al subgrupo, nivel o categoría a la que pertenecen.

Ejemplificaremos como se envía la información mostrando una facción de la población que se envía, tomando en cuenta una colectividad total de 834 asegurados divididos en dos grupos de suma asegurada, de 111 y 148 SMM:

- A. El grupo de 111 (\$215,650) tienen 505 personas
- B. El grupo de 148 (\$283,094) tiene 329 personas

Detalle de siniestralidad: Es la información que refleja el uso de la póliza de gastos médicos a través del desglose de las enfermedades y accidentes que se han pagado por parte de la aseguradora, arrojando datos como: el periodo de análisis que comprende la siniestralidad, el nombre del afectado, edad del afectado, nombre del padecimiento, monto gastado del padecimiento, inicio del padecimiento, fecha de ocurrido el primer gasto, procedimiento que se realizó al paciente, localidad donde ocurrió el siniestro, hospital donde se atiende, etc.

Esta es la información más importante que se recibe para poder determinar el cálculo del costo del seguro, para tal efecto las variables que se mencionaron con anterioridad, indicaran que tan sana es la población que se está cotizando, cuantos siniestros han ocurrido en el periodo que comprende la vigencia; así como la continuidad al pago de complementos de accidentes y enfermedades nuevas o crónicas que continuaran durante toda la vigencia.

2.5.5 Cálculo de la prima

Primeramente se recibe el detalle de siniestralidad y se agrupa la información por afectado y monto gastado para observar la frecuencia y observar las enfermedades y accidentes ocurridos por persona, como se muestra en el cuadro siguiente.

01 DE ENERO DE 2012 AL 30 DE OCTUBRE DE 2012				
OCURRE	PAGADO	AFECTADO	DESCRIPCION	MONTO
22/02/2012	18/09/2012	ADOLFO NOVELO	ENFERMEDAD DE PARKINSON	10,000
		Total ADOLFO NOVELO		10,000
01/09/2011	20/01/2012	ALEJANDRO VIERA	"TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIC	100,000
		Total ALEJANDRO VIERA		100,000
01/11/2011	01/02/2012	ALINA IXCHEL	ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN LOS LIG	4,268
		Total ALINA IXCHEL		4,268
01/11/2011	12/01/2012	ANDREA MONDRAGON	(OSTEO)ARTROSIS EROSIVA	8,942
01/09/2011	24/09/2012	ANDREA MONDRAGON	(OSTEO)ARTROSIS EROSIVA	13,184
		Total ANDREA MONDRAGON		22,126
03/01/2011	02/08/2012	ANGEL TORRES	"HIPERPLASIA DE LA PR""STATA"	39,222
		Total ANGEL TORRES		39,222
09/07/2011	12/01/2012	ARTURO BARI	OSTEONECROSIS DEBIDA A TRAUMATISMO PREVIO	1,450
09/07/2011	01/02/2012	ARTURO BARI	OSTEONECROSIS DEBIDA A TRAUMATISMO PREVIO	1,706
10/07/2012	08/08/2012	ARTURO BARI	OSTEONECROSIS DEBIDA A TRAUMATISMO PREVIO	1,614
27/07/2012	18/09/2012	ARTURO BARI	OSTEONECROSIS DEBIDA A TRAUMATISMO PREVIO	39,611
01/07/2012	24/09/2012	ARTURO BARI	OSTEONECROSIS DEBIDA A TRAUMATISMO PREVIO	838
16/09/2012	27/09/2012	ARTURO BARI	OSTEONECROSIS DEBIDA A TRAUMATISMO PREVIO	13,655
14/07/2012	28/09/2012	ARTURO BARI	OSTEONECROSIS DEBIDA A TRAUMATISMO PREVIO	1,080
03/04/2012	04/10/2012	ARTURO BARI	OSTEONECROSIS DEBIDA A TRAUMATISMO PREVIO	3,151
17/05/2012	11/10/2012	ARTURO BARI	OSTEONECROSIS DEBIDA A TRAUMATISMO PREVIO	3,134
		Total ARTURO BARI		66,238
22/02/2012	03/10/2012	BERNARDO OLGUIN	CATARATA SENIL	15,035
		Total BERNARDO OLGUIN		15,035
15/12/2011	20/01/2012	BERTA TAVARES	OTRAS CATARATAS SENILES	12,730
12/03/2012	03/10/2012	BERTA TAVARES	OTRAS CATARATAS SENILES	8,100
		Total BERTA TAVARES		20,830

01/03/2011	05/07/2012	CARLOS CALDERON	GASTRITIS CRONICA ATROFICA	14,107
		Total CARLOS CALDERON		14,107
19/03/2011	18/10/2012	CAROLINA MENDOZA	CALCULO DEL RIBON Y DEL URETER	3,441
		Total CAROLINA MENDOZA		3,441
01/02/2011	24/01/2012	EFRAIN SANCHEZ	CATARATA SENIL	1,547
		Total EFRAIN SANCHEZ		1,547
20/10/2012	25/10/2012	FRANCISCO ALCOCER	CARCINOMA IN SITU DEL ESTOMAGO	400,000
		Total FRANCISCO ALCOCER		400,000
02/03/2012	11/10/2012	HORACIO SANTILLAN	GLAUCOMA	3,240
		Total HORACIO SANTILLAN		3,240
18/04/2011	19/09/2012	ITZEL JUAREZ	OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	2,805
14/06/2012	19/09/2012	ITZEL JUAREZ	OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	2,805
		Total ITZEL JUAREZ		5,610
08/12/2011	31/01/2012	IVAN ESCORCIA	ABSCESO ISQUIORRECTAL	3,786
08/12/2011	01/02/2012	IVAN ESCORCIA	ABSCESO ISQUIORRECTAL	48,748
		Total IVAN ESCORCIA		52,534
18/01/2012	11/10/2012	JOAQUIN PEREZ	OTROS TRASTORNOS METABOLICOS	2,125
		Total JOAQUIN PEREZ		2,125
05/12/2011	03/01/2012	KAREN SALGADO	OTROS PARTOS UNICOS POR CESAREA	7,200
05/12/2011	03/01/2012	KAREN SALGADO	OTROS PARTOS UNICOS POR CESAREA	11,081
		Total KAREN SALGADO		18,281
21/08/2012	18/09/2012	KARLA DANIELA ORTIZ	ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL LIGAM	12,233
22/02/2012	04/10/2012	KARLA DANIELA ORTIZ	ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL LIGAM	36,342
22/02/2012	04/10/2012	KARLA DANIELA ORTIZ	ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL LIGAM	36,224
		Total KARLA DANIELA ORTIZ		84,799
06/12/2011	24/01/2012	LAURA ANTONIA TRUEBA	"DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN	2,718
09/09/2011	24/01/2012	LAURA ANTONIA TRUEBA	SYNDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	3,233
		Total LAURA ANTONIA TRUEBA		5,951
20/08/2011	11/05/2012	LUZ PIMENTEL	ABDOMEN AGUDO	10,800
26/02/2012	11/05/2012	LUZ PIMENTEL	ABDOMEN AGUDO	16,014
16/01/2012	11/05/2012	LUZ PIMENTEL	ABDOMEN AGUDO	900
		Total LUZ PIMENTEL		27,714
24/08/2012	18/10/2012	LUZ RENDON	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	53,017
		Total LUZ RENDON		53,017
21/08/2012	27/09/2012	MAURO SOCORRO	"GASTRITIS, NO ESPECIFICADA"	2,765
		Total MAURO SOCORRO		2,765
25/08/2012	11/10/2012	MIGUEL LEON	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA LUMBAR	30,800
22/08/2012	11/10/2012	MIGUEL LEON	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA LUMBAR	30,800
18/01/2012	11/10/2012	MIGUEL LEON	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE LA COLUMNA LUMBAR	30,800
		Total MIGUEL LEON		92,400
14/01/2011	12/10/2012	NATALIA GUERRA	FRACTURA DE LOS HUESOS DE OTRO(S) DEDO(S) DEL PIE	2,367
		Total NATALIA GUERRA		2,367
16/09/2012	18/10/2012	PABLO AZUETA	CALCULO DEL RIBON	66,280
09/08/2012	18/10/2012	PABLO AZUETA	CALCULO DEL RIBON	66,280
		Total PABLO AZUETA		132,560

20/08/2011	11/05/2012	PABLO SUAREZ	HERNIA UMBILICAL	10,900
31/12/2010	01/06/2012	PABLO SUAREZ	HERNIA UMBILICAL	17,648
31/12/2010	05/07/2012	PABLO SUAREZ	HERNIA UMBILICAL	500
31/12/2010	05/07/2012	PABLO SUAREZ	HERNIA UMBILICAL	1,577
21/08/2012	28/09/2012	PABLO SUAREZ	HERNIA UMBILICAL	600
Total PABLO SUAREZ				31,225
16/08/2012	24/10/2012	RUBEN AZCARGOITIA	"HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) U	3,450
Total RUBEN AZCARGOITIA				3,450
09/09/2011	19/09/2012	SILVIA HERNANDEZ	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	2,545
27/08/2012	24/09/2012	SILVIA HERNANDEZ	"DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA"	701
Total SILVIA HERNANDEZ				3,246
24/08/2012	24/09/2012	TOMAS RIOS	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ES(8,945
18/01/2012	22/10/2012	TOMAS RIOS	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO CON ES(1,719
Total TOMAS RIOS				10,665
13/01/2011	31/01/2012	XIADANI BUSTAMANTE	RINITIS YASOMOTORA	441
Total XIADANI BUSTAMANTE				441
Total general				3,479,102

Posteriormente, se agrupa la población por categoría y quinquenios. En la práctica, la aseguradora empieza simulado el costo total con la misma tarifa que ofreció en la participación inmediata anterior, observando cuánto costaría con las coberturas requeridas que la convocante solicita:

1			2		
Suma Asegurada	111		148		
EDAD	POBLACION		POBLACION		
	# Hombres	# Mujeres	# Hombres	# Mujeres	
0 - 19	74	81	62	47	
20 - 24	33	17	10	15	
25 - 29	4	8	5	13	
30 - 34	6	15	21	11	
35 - 39	20	29	13	15	
40 - 44	19	18	19	13	
45 - 49	28	39	13	15	
50 - 54	30	31	12	10	
55 - 59	17	11	10	11	
60 - 64	8	8	7	1	
65 - 69	7	2	3	2	
70 - 74			0	0	
75 - 79			1	0	
80 - 84					
85 - 89					
	246	259	176	153	
	TOTAL DE ASEGURADOS		Total Neto		
	834		\$3,520,922.10		

En particular, dicha dependencia no es el primer año que se cotiza, por lo que se compara con los ejercicios de años anteriores para saber si existe consistencia con la información reportada para esta vigencia. En ocasiones, la información que presenta la dependencia solo muestra el último año, en este ejemplo, solo se reportaron la siniestralidad 2012, los datos de los años anteriores fueron tomados de la base de datos que tiene la aseguradora, la cual lleva un registro histórico de los negocios y los datos que recibe de estos, con el fin de tener más precisión al momento de fijar el costo.

	INICIO	FIN	DÍAS	Siniestralidad Reportada	Siniestralidad Anualizada	Costo por Siniestralidad (CxS)	PARTICIPANTES	Prima Promedio
* 2012	01/01/2012	30/10/2012	303	\$3,479,101.89	\$4,202,479.51	\$5,052,419.19	834	\$ 6,058.06
2011	01/01/2011	10/10/2011	282	\$1,400,372.00	\$1,812,538.23	\$2,179,118.99	828	\$ 2,631.79
2010	01/01/2010	05/10/2010	277	\$2,573,459.00	\$3,391,019.98	\$4,076,844.25	838	\$ 4,864.97
2009	01/01/2009	15/11/2009	318	\$1,923,974.00	\$2,208,334.94	\$2,654,964.47	826	\$ 3,214.24
2008	01/04/2008	31/10/2008	213	\$594,033.55	\$1,017,944.82	\$1,223,821.30	850	\$ 1,439.79
				\$1,994,188.09	\$2,526,463.49	\$3,037,433.64	835.2	\$ 3,641.77
					Promedio entre CxS y el Ultimo año	\$4,044,926.41		

PP : Prima promedio por persona es decir CxS entre el numero de particionates

CxS : Costo por Siniestralidad ; Es un calculo que se toma como parametro para evaluar la prima a cobrar, tomando en cuenta los gastos de la aseguradora asi como la siniestralidad que la licitante reporta.

Análisis del cálculo ofrecido: Se ha mencionado una razón definida como *costo por siniestralidad*, que representa un parámetro que resulta del ejercicio matemático que implementa cada aseguradora, según su experiencia para valorar la siniestralidad que presenta cada negocio.

El costo ofrecido:

- Hipótesis 1. Dada la siniestralidad que presenta la convocante, nótese que si se cobra el costo por siniestralidad, se estaría muy por arriba de lo que se ha cobrado los últimos años
- Hipótesis 2. Si se cobra el promedio de los costos por siniestralidad, se estaría ofreciendo un costo por debajo de lo que se cobraría con tarifa normal, como negocio inicial.
- Hipótesis 3. Usando promedio del costo por siniestralidad del último año, con el promedio de los costos por siniestralidad, se estaría muy por encima de lo que se pueda cobrar tomando la misma tarifa que se ofreció en cuando se participó en la vigencia inmediata anterior
- Hipótesis 4. Simulando la misma tarifa que se ofreció en la vigencia inmediata anterior, estaría en la media de todos los supuestos arriba mencionados.

Finalmente se toma la decisión de cobrar una prima tomando la Hipótesis 4, que es la más consistente.

2.5.6 Formato y llenado de la propuesta económica

ENTIDAD FEDERATIVA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No. XXXXXXXX-XXX-12

ENTIDAD FEDERATIVA

ANEXO SIETE
OFERTA ECONOMICA PARA NIVELES DE 111 S.M.M.V.D.F.

FRECUENCIA DE EDAD	ASEGURADOS		PRIMA NETA ANUAL POR PERSONA (SIN IVA)		PRIMA NETA TOTAL POR LA VIGENCIA (SIN IVA)	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
0 - 19	74	81	1,753.07	1,753.07	\$129,727	\$141,999
20 - 24	33	17	2,475.42	3,575.14	\$81,689	\$60,777
25 - 29	4	8	2,519.07	4,156.68	\$10,076	\$33,253
30 - 34	6	15	2,630.31	4,710.06	\$15,782	\$70,651
35 - 39	20	29	2,848.56	5,211.33	\$56,971	\$151,129
40 - 44	19	18	3,201.99	5,660.52	\$60,838	\$101,889
45 - 49	28	39	4,077.82	6,553.24	\$114,179	\$255,576
50 - 54	30	31	5,295.82	7,664.22	\$158,875	\$237,591
55 - 59	17	11	6,972.85	8,652.70	\$118,539	\$95,180
60 - 64	8	8	9,390.54	9,390.54	\$75,124	\$75,124
65 - 69	7	2	11,256.26	11,256.26	\$78,794	\$22,513
70 - 74	0	0	16,884.39	16,884.39	\$0	\$0
MAYOR QUE 75	0	0	25,326.58	25,326.58	\$0	\$0
TOTALES	246	259			\$900,594	\$ 1,245,682.26
TOTAL GENERAL	505				\$2,146,275.85	
DERECHO DE EMISIÓN:					\$0.00	
I.V.A.					\$343,404.14	
PRIMA TOTAL:					\$2,489,679.99	

ENTIDAD FEDERATIVA

ANEXO SIETE
OFERTA ECONOMICA PARA NIVELES DE 148 S.M.M.V.D.F.

FRECUENCIA DE EDAD	ASEGURADOS		PRIMA NETA ANUAL POR PERSONA (SIN IVA)		PRIMA NETA TOTAL POR LA VIGENCIA (SIN IVA)	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
0 - 19	62	47	1,845.34	1,845.34	\$114,411	\$86,731
20 - 24	10	15	2,605.70	3,763.30	\$26,057	\$56,450
25 - 29	5	13	2,651.65	4,375.45	\$13,258	\$56,881
30 - 34	21	11	2,768.75	4,957.95	\$58,144	\$54,537
35 - 39	13	15	2,998.49	5,485.62	\$38,980	\$82,284
40 - 44	19	13	3,370.52	5,958.44	\$64,040	\$77,460
45 - 49	13	15	4,292.45	6,898.15	\$55,802	\$103,472
50 - 54	12	10	5,574.55	8,067.61	\$66,895	\$80,676
55 - 59	10	11	7,339.85	9,108.11	\$73,398	\$100,189
60 - 64	7	1	9,884.78	9,884.78	\$69,193	\$9,885
65 - 69	3	2	11,848.69	11,848.69	\$35,546	\$23,697
70 - 74	0	0	17,773.04	17,773.04	\$0	\$0
MAYOR QUE 75	1	0	26,659.56	26,659.56	\$26,660	\$0
TOTALES	176	153			\$ 642,383.99	\$ 732,262.27
TOTAL GENERAL:	329				\$ 1,374,646.25	
DERECHO DE EMISIÓN:					\$0.00	
I.V.A.					\$219,943.40	
PRIMA TOTAL:					\$1,594,589.65	

2.5.7 Cedula de fallo

CÉDULA DE LICITACIÓN

CONVOCANTE: ENTIDAD FEDERATIVA

TIPO DE LICITACIÓN	CONVOCATORIA PUBLICA NACIONAL
No. DE LICITACIÓN	No. XXXXXXXX-XXX-12
FECHA DE CONVOCATORIA	02/12/2012
COSTO DE LAS BASES	\$500.00
VIGENCIA	1/1/13 AL 31/12/13

	FECHA	HORARIO
JUNTA DE ACLARACIONES	10/12/2012	10:00
ENTREGA DE PROPUESTAS	17/12/2012	10:00
APERTURA ECO.	19/12/2012	10:00
FALLO TEC.	21/12/2012	10:00

COTIZACIÓN PRIMAS ANTES IVA EN MONEDA NACIONAL

POLIZA	ASEGURADORA 1	ASEGURADORA 2	ASEGURADORA 3	ASEGURADORA 4	ASEGURADORA 5	ASEGURADORA 6	DIF COM GANADORA
GASTOS MEDICO MAYORES	3,520,322.10	3,703,400.00	NO PRESENTO	4,800,000.00	3,598,000.00	2,330,000.00	590,322.10
TOTAL	3,520,322.10	3,703,400.00	NO PRESENTO	4,800,000.00	3,598,000.00	2,330,000.00	590,322.10

RESULTADO OBTENIDO	SI	NO
LICITACIÓN GANADA POR ASEGURADORA 1		NO
PROPUESTA ECONOMICA SATISFACTORIA		SI
PROPUESTA TÉCNICA SATISFACTORIA		SI
PROPUESTA ADMINISTRATIVA SATISFACTORIA		SI
COTIZAMOS		SI
DECLARADA DESIERTA		NO

OBSERVACIONES : LA COTIZACION FUE MUY ALTA

Conclusiones

Después de exponer y mostrar cada paso a seguir en la metodología que presenta este trabajo nos damos cuenta que el proceso de una licitación puede llegar a ser complejo, pero no ajeno a lo que representa el desarrollo de la profesión como Actuario.

Es importante conocer el alcance de nuestra profesión en el terreno de las licitaciones de gastos médicos para poder manejar el capital que las aseguradoras tienen destinado en el ofrecimiento de sus servicios. Esto ayuda a evitar pérdidas de riesgos mal calculados, pero también nos permite hacer cálculos para ganar negocios. Este reporte es un plan de trabajo para el futuro, con uso práctico de la profesión en el ámbito real.

Recordemos que una licitación es un procedimiento que consiste en implementar una metodología para la adquisición de bienes y servicios que el gobierno requiere al costo más bajo presentado.

Por último, en el ámbito real este trabajo no tiene caducidad, tal vez se agreguen nuevos incisos a las leyes, amplíen los tiempos de repuesta, etcétera, pero la transparencia en la compra y adquisición de servicios por parte de gobierno no se perderá, perderse sería vivir en un país sin ley que lo rija.

La finalidad de este manual es proporcionar el conocimiento de la metodología de una licitación en el ramo de gastos médicos, sirve para ampliar y demostrar mi conocimiento de lo que he estudiado, exponer lo que actualmente hago y he aprendido a dominar en el ejercicio de mi profesión como Actuario.

Bibliografía

- Agroasemex. Bases de la Licitación Pública Nacional LPN-006GSA001-003-2013, LA-006SA001-N003-2013. México DF, 2013. Páginas 63.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Diario Oficial de la Federación, 1935, 155 págs.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Ley sobre el Contrato de Seguro, Diario Oficial de la Federación, 1935, Última reforma DOF 06/05/2009. 32 págs.
- Colegio de Postgraduados. Licitación Pública Nacional Mixta Numero LA-008IZC999-N43-2013. Municipio de Texcoco. Estado de México. Páginas 124.
- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, Licitación Pública Nacional (Mixta) No. LA-014000999-N3-2013, México DF, 2013. Páginas 123.
- Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, Circular Única de Seguros, 2010, 522 págs.
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. Licitación Pública Nacional Mixta 06121001-001-13. México DF, 2013. Páginas 70.
- Comisión Nacional Forestal. Licitación Pública Electrónica Nacional. LA-016RHQ001-N348-2013. . San Juan de Ocotlán en Zapopan, Jalisco. Página 220.
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Licitación Pública Nacional Mixta LA-03890X001-N70-2013. México DF, 2013. Páginas 53.
- Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley de Arrendamientos, Adquisiciones y Servicios del Sector Público, sección Octava. Actualización Miércoles 28 de Julio de 2010, México DF, 2010 .Páginas 46
- Fondo de Cultura Económica. Licitación Pública Nacional mixta no. 11249001-004-11. México DF, 2011. Páginas 56.
- IMESFAC, Curso para Licitaciones, Editorial IMESFAC. México D.F. Páginas 205
- Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. Licitación Pública Nacional Presencial LA-007HXA001-N26-2011, México DF, 2011. Páginas 121
- Instituto Mexicano de la Juventud, Licitación Pública Nacional de Carácter Presencial N°. LA-011MDI001-N5-2013. México DF, 2013. Páginas 73.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Licitación Pública Nacional Numero LA-019GYR019-N217-2012. México DF, 2013. Páginas 119.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Licitación Pública Nacional Electrónica

Consolidada Numero 00006004-006/2006, México DF,2006.Páginas 97

- Seguros Inbursa, Circular Licitaciones 2013, No. 048.136.011.167 /2006 Seguros Inbursa, México DF, 2006. Páginas 4
- Seguros Inbursa, Condiciones Generales Seguro de Colectivo Gastos Médicos, México DF, Abril 2013. Páginas 33
- Seguros Inbursa. Manual de Suscripción. Seguros Inbursa S.A. Grupo Financiero Inbursa México DF, 2013, Páginas 58
- Servicios de agua y drenaje de Monterrey, I.P.D. Licitación Nacional 48062003-012-09, Monterrey .Nuevo León, 2009.Páginas 104.
- Universidad de Guanajuato. Licitación Restringida No-LR-seguro escolar-12/04. Guanajuato, Gto. Páginas 28.
- Universidad Nacional Autónoma de México, Licitación Pública Nacional, No. DGPr-LPN-013/2009. México DF, Páginas 33.
- Universidad Tecnológica de Tecámac, Licitación Pública Nacional, Municipio de Tecámac, Estado de México, 2013 Páginas 32.