



JUSTIFICACIÓN DE EXCEPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE INVITACIÓN A CUANDO MENOS TRES PERSONAS MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 42 SEGUNDO PÁRRAFO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO CORRESPONDIENTE A LA CONTRATACIÓN DEL “SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO FONACOT”.

En cumplimiento con los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 25 primer párrafo, 26 fracción III, 42 segundo párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se emite la presente justificación para solicitar la excepción al procedimiento de Invitación a cuando menos tres personas, para la contratación del “Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores para el personal del Instituto Fonacot”, y realizarla a través de un procedimiento de Adjudicación Directa, al tenor de los siguientes:

I. ANTECEDENTES

El Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores (Instituto) es un Organismo Público Descentralizado de interés social, integrante del Sistema Financiero Mexicano, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con autosuficiencia presupuestal y sectorizado en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, fue creado para dar cumplimiento con lo establecido en el Decreto por el que se crea la Ley del Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores (la Ley), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de abril de 2006, mismo que entró en vigor el día hábil siguiente a su publicación.

II. FUNDAMENTO LEGAL

De conformidad con los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 25 primer párrafo, 26 fracción III, 42 segundo párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se establece lo siguiente:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 134.- Los recursos económicos de que dispongan la Federación, los estados, los municipios, el Distrito Federal y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones territoriales, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados.

Los resultados del ejercicio de dichos recursos serán evaluados por las instancias técnicas que establezcan, respectivamente, la Federación, los estados y el Distrito Federal, con el objeto de propiciar que los recursos económicos se asignen en los respectivos presupuestos en los términos del párrafo anterior. Lo anterior, sin menoscabo de lo dispuesto en los artículos 74, fracción VI y 79.

Las adquisiciones, arrendamientos y enajenaciones de todo tipo de bienes, prestación de servicios de cualquier naturaleza y la contratación de obra que realicen, se adjudicarán o llevarán a cabo a través de licitaciones públicas mediante convocatoria pública para que libremente se presenten proposiciones solventes en sobre cerrado, que será abierto públicamente, a fin de asegurar al Estado las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes.

Cuando las licitaciones a que hace referencia el párrafo anterior no sean idóneas para asegurar dichas condiciones, las leyes establecerán las bases, procedimientos, reglas, requisitos y demás elementos para acreditar la economía, eficacia, eficiencia, imparcialidad y honradez que aseguren las mejores condiciones para el Estado.

El manejo de recursos económicos federales por parte de los estados, los municipios, el Distrito Federal y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones territoriales, se sujetará a las bases de este artículo y a



las leyes reglamentarias. La evaluación sobre el ejercicio de dichos recursos se realizará por las instancias técnicas de las entidades federativas a que se refiere el párrafo segundo de este artículo...

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

Artículo 25, primer párrafo:

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.

Artículo 26, fracción III:

Las dependencias y entidades seleccionarán de entre los procedimientos que a continuación se señalan, aquél que de acuerdo con la naturaleza de la contratación asegure al Estado las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes:

- I. ...
- II. ...
- III. Adjudicación directa.

Artículo 42, segundo párrafo:

Si el monto de la operación corresponde a una invitación a cuando menos tres personas, la procedencia de la adjudicación directa sólo podrá ser autorizada por el oficial mayor o equivalente.

III. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Se requiere llevar a cabo la contratación del referido servicio, a fin de garantizar contar con la cobertura del Seguro, para el personal del Instituto FONACOT, en tanto se lleva a cabo el procedimiento licitatorio para la contratación del servicio.

El Seguro de Gastos Médicos Mayores para el personal de mando activo del Instituto Fonacot y permite dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 44 del Reglamento que regula las Condiciones Generales de Trabajo entre el Instituto Fonacot y su personal de confianza.

El Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores, objeto de la presente contratación, tendrá una suma asegurada básica de 300 veces la unidad de medida y actualización mensual (UMAM) y opción de potenciación con cargo para el empleado.

Los Gastos Médicos Cubiertos por el servicio solicitado son, enunciativa pero no limitativamente, los siguientes:

- 1) Gastos de hospital, clínica o sanatorio, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar, alimentos y paquete de admisión de la persona hospitalizada.
- 2) Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el hospital, clínica o sanatorio.

- 3) Medicamentos adquiridos para el Asegurado dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio, siempre que los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes, estén relacionados con el padecimiento y se anexe la factura o ticket fiscal de la farmacia con la receta. Dicha factura o ticket fiscal deberá cumplir con los requisitos fiscales aplicables.
- 4) Honorarios Médicos por Intervención Quirúrgica, que quedarán sujetos a los porcentajes indicados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.).
 - 4.1 Los honorarios por consultas o visitas médicas, máxima una diaria por Asegurado.
 - 4.2 Las consultas médicas post-operatorias, quedarán comprendidas en los honorarios médicos por Intervención Quirúrgica, durante los primeros quince días y las consultas después de esa fecha se cubrirán vía reembolso.
 - 4.3 Los honorarios de ayudantes e instrumentistas, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% (treinta y cinco por ciento) del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.
 - 4.4 Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% (treinta por ciento) del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

El total para estos conceptos, será lo máximo a pagar por "LA ASEGURADORA", por honorarios médicos por intervención quirúrgica.

Cuando en una misma sesión quirúrgica el cirujano practique al asegurado dos o más operaciones en una misma región corporal, la aseguradora pagará únicamente el importe de la mayor o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Si el cirujano practica en la misma sesión quirúrgica, otra intervención diferente a la principal en una región corporal distinta, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% (cincuenta por ciento) de lo estipulado en la tabla de honorarios médicos. Cualquier otra intervención adicional a estas dos, queda automáticamente excluida.

Si en la misma sesión quirúrgica se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% (veinticinco por ciento) adicional a lo tabulado para la cirugía principal.

El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos, a excepción de los honorarios médicos del anesthesiologo que serán cubiertos hasta un máximo del 30% (treinta por ciento) de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.

Si se requiere de otra intervención quirúrgica de diferente especialidad en la misma sesión, pero en una región corporal distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% (cien por ciento) de lo estipulado en la tabla de honorarios médicos.

Si se requiere de una segunda intervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas 24 horas de la primera intervención quirúrgica.

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurrorrafias, arteriorrafias, tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará el 50% (cincuenta por ciento) del importe tabulado para la más elevada y el 25% (veinticinco por ciento) del monto tabulado para las restantes.

Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten 2 padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:



La cobertura de ambulancia aérea podrá operar bajo el sistema de indemnización de pago directo cuando "LA ASEGURADORA" tenga la capacidad de gestionar este servicio a través de su red médica, y a través del sistema de indemnización de reembolso cuando "LA ASEGURADORA" no tenga la capacidad de gestionar este servicio a través de su red médica.

- 13) Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubierto.
- 14) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza. Las reclamaciones por eventos relacionados con esta cobertura deberán venir acompañadas del diagnóstico clínico, estudios de laboratorio y/o gabinete, radiografías, una segunda valoración por un médico designado por "LA ASEGURADORA" o cualquier otro estudio relacionado con el padecimiento.
- 15) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilares que sean indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta, siempre y cuando se presenten radiografías en donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente o enfermedad.
- 16) Tratamiento psiquiátrico que a juicio del médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra asignado por la aseguradora, requiera el asegurado a consecuencia de alguno de los siguientes eventos siempre y cuando ocurran dentro del período de cobertura del asegurado:

A. Haber sufrido de algún accidente cubierto por las condiciones de la póliza.

B. Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales:

- Cáncer (cualquier tipo en fase terminal),
- Accidente vascular cerebral (con hemiplejías),
- Infarto del miocardio (discapacitante),
- Insuficiencia renal (en hemiodiálisis y programa de trasplante renal), o
- Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias (con secuelas discapacitantes).

C. Mediante la comprobación que bajo violencia se haya sufrido cualquiera de los siguientes eventos:

- Asalto.
- Secuestro.
- Violación.

Este inciso procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el Ministerio Público o el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

Los gastos médicos amparados por esta cobertura son:

- Honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 14 consultas por un año a partir de la fecha de la primera consulta, a razón de 0.50 UMAM máximo por consulta.
- Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica.

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana, con la aplicación del deducible establecido.

Quedan excluidos de los beneficios de esta cláusula:

- La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de un accidente o enfermedad cubierta.
- Los padecimientos preexistentes.



- Los complementos posteriores al término de la vigencia de la póliza.
- Los honorarios del médico psiquiatra que no pertenezca a la red médica y de los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con la acreditación de la especialidad de Psiquiatría de Enlace o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.

Los diversos trastornos incluidos en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.

- 17) En cirugía de trasplantes orgánicos, los gastos amparados del donante serán exclusivamente los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y los gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico.
- 18) Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias abdominales, discales, hiatales, inguinales, crurales, femorales, umbilicales, hernias de cualquier tipo (cuando sea en columna vertebral incluye extrusión y protusión), tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal (cistocele, rectocele, prolapso rectal), colecistitis y litiasis biliar y en vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias, sin período de espera.
- 19) Circuncisión, siempre y cuando no sea de carácter profiláctico, sin período de espera.
- 20) Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el estrabismo de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, sin período de espera.

Tratamientos médicos o quirúrgicos en los que incurra el asegurado a consecuencia de asalto, secuestro o violación.

Enfermedades y tratamientos cubiertos con periodo de espera, otorgándose el reconocimiento de antigüedad.

- 21) Las adherencias pélvicas, diástasis de rectos abdominales y endometriosis a partir del segundo año de vigencia continua con seguro de gastos médicos mayores para cada asegurado y sólo se cubrirán previa valoración del acto quirúrgico por parte del médico designado por "LA ASEGURADORA".
- 22) Se cubrirán los gastos erogados en la vigencia de la póliza en que incurra el Asegurado, nacido antes del inicio de la vigencia de esta póliza, a consecuencia de enfermedades por malformaciones y padecimientos congénitos, con un período de espera de cinco años.
- 23) Se cubrirán los gastos originados por la operación cesárea, entendiéndose como tal, aquella que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que sea necesaria para ejercer su profesión y que sea necesaria para resolver un embarazo que ponga en peligro la vida del niño o de la madre (incluyendo el óbito fetal).

Los gastos amparados son los honorarios de médicos que participaron en la intervención quirúrgica y los gastos de hospitalización y cualquier otro medicamento o estudio requerido para el evento, sin límite de edad.

El monto máximo cubierto en esta cobertura para gastos honorarios médico/quirúrgicos y gastos de hospitalización es de 35 UMAM, no aplica deducible ni coaseguro.



En esta cobertura se incluye, dentro de la misma suma asegurada, los gastos por la estancia en cunero fisiológico, incubadora, tamiz, para el caso de la atención del médico pediatra operará un límite de 1 UMAM.

Dicha operación se cubrirá únicamente para la Asegurada Titular o la cónyuge o la concubina o la hija del Asegurado Titular.

Los gastos originados por la operación cesárea quedarán cubiertos después de transcurrir diez meses de vigencia continua con seguro de gastos médicos mayores para la asegurada de que se trate

24) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio, después de transcurrir diez meses de vigencia continúa con seguro de gastos médicos mayores para la asegurada de que se trate.

- a) Embarazo extrauterino,
- b) Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, toxicosis gravídica, preclamsia, eclampsia,
- c) Mola hidatiforme (Embarazo molar),
- d) Fiebre puerperal,
- e) Placenta previa,
- f) Placenta acreta,
- g) Óbito,
- h) Cerclaje cervical,
- i) Ruptura, inversión o atonía uterina,
- j) Huevo muerto retenido y embarazo anembrionario.
- k) Inserción velamentosa del cordón umbilical,
- l) Laceración del canal del parto,
- m) Varices vulvares o vaginales
- n) Polihidramnios y oligohidramnios,
- o) Puerperio patológico,
- p) Erosión cervical,

Cualquiera otra complicación no mencionada en los numerales anteriores no quedará cubierta, aunque provengan de un accidente sufrido por la asegurada.

Esta cobertura se cubrirá para la madre asegurada (Asegurada Titular o la cónyuge o concubina del Asegurado Titular) o hija o descendiente directa del Asegurado Titular, por lo que no quedará protegida la pareja del mismo sexo,

25) A partir del inicio del quinto año de vigencia continua, es decir, una vez concluidos cuatro años de cobertura continua con seguro de gastos médicos mayores, se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier padecimiento relacionado con él. En consecuencia no se cubren los gastos erogados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier padecimiento relacionado, antes o dentro de los cuatro años anteriores, así como los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento realizados durante ese mismo lapso.

Beneficios adicionales.

- 26) Emergencia en el extranjero.
- | | |
|-----------------|---------------------|
| SUMA ASEGURADA: | Dls. 50,000.00 M.A. |
| DEDUCIBLE: | Dls. 50.00 M.A |
| COASEGURO: | NO APLICA |



Esta cobertura protege al Asegurado contra el riesgo de sufrir alguna enfermedad o accidente, que ocurra fuera de la República Mexicana y requiera de un tratamiento médico de emergencia, en cuyo caso, "LA ASEGURADORA" cubrirá el costo del mismo.

Se considera emergencia médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida, la integridad corporal o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado.

Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de emergencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de emergencia.

En complemento a las exclusiones y limitaciones de gastos estipuladas en esta póliza, esta cobertura no ampara:

- a) Tratamientos que no sean catalogados como de urgencia, de común acuerdo por el médico tratante y "LA ASEGURADORA",
- b) Los accidentes o enfermedades que se hayan originado en la República Mexicana, así como sus consecuencias o complicaciones, sean o no motivo de la estancia o viaje,
- c) El servicio de enfermería fuera del hospital o clínica o sanatorio,
- d) Los tratamientos de rehabilitación.

27) Padecimientos preexistentes.

Se consideran padecimientos preexistentes aquellas enfermedades o accidentes por los cuales el paciente haya presentado signos y/o síntomas antes del inicio de la vigencia de la póliza o aquellos que hayan sido determinados por un médico mediante el diagnóstico o tratamiento.

Los padecimientos preexistentes quedarán cubiertos siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) Para el Asegurado titular, cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo, e hijo dependiente económico, se cubrirán siempre y cuando no haya estado bajo tratamiento, control o estudio médico en un período de seis meses anteriores a la fecha de su ingreso a la colectividad asegurada,
- b) Los padecimientos preexistentes se cubrirán únicamente dentro de la República Mexicana.
- c) La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente en los casos que no cumplan con lo previsto en el inciso a) anteriormente descrito o cuando cuente con las pruebas que se señalan a continuación:

Previamente al ingreso a la colectividad asegurada, se haya declarado al Asegurado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico 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.

Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes, toda vez que dichos complementos se cubrirán de conformidad con lo indicado en la Cláusula Trigésima Segunda. Pago de Complementos.



Procedimiento arbitral para resolver los casos preexistentes, mediante arbitraje médico:

Para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, el reclamante podrá optar, en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, por acudir ante un arbitraje médico.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro (elegido por el Asegurado de la lista que haya proporcionado la Aseguradora) y las partes que en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

En cada procedimiento arbitral se determinarán los plazos correspondientes, entre el Asegurado, la Aseguradora y el árbitro en el convenio correspondiente.

En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, el reclamante seleccionará al médico del listado que proporcionará la Aseguradora, y las partes lo facultarán como árbitro propuesto para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada la controversia planteada, también fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el arbitraje.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir, será liquidado por la Aseguradora. El laudo que se emita es obligatorio para la Aseguradora, no para el Asegurado reclamante.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

La Aseguradora deberá proporcionar una relación de médicos para fungir como árbitro. Esta relación deberá tener al menos 2 médicos por cada una de las especialidades que se mencionan a continuación. Los médicos no deberán tener relación laboral, ni pertenecer a la Red Médica de la Aseguradora y deberán ser médicos reconocidos en su especialidad.

Únicamente la Aseguradora que resulte adjudicada entregará a la Dependencia, a las Secretarías, Entidades y Organismos Autónomos participantes la relación de los médicos que fungirán como árbitros, incluyendo como mínimo la siguiente información: Nombre de la Especialidad, nombre del médico, dirección completa, teléfono y móvil.

Dicha relación deberá ser integrada por médicos que cuenten con la certificación del colegio de su especialidad.

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Anestesiología | Medicina Interna |
| Angiología | Nefrología |
| Cardiología | Neonatología |
| Cirugía General | Neumología |
| Cirugía Plástica y Reconstructiva | Neurología |
| Dermatología | Oftalmología |
| Endocrinología | Oncología |
| Gastroenterología | Ortopedia |
| Ginecología- Obstetricia | Ortopedia y Traumatología |
| Hematología | Otorrinolaringología |



| | |
|------------------|-----------|
| Infectología | Pediatría |
| Medicina General | Urología |

28) Reconocimiento de Antigüedad.

Se reconoce la antigüedad de cada Asegurado a partir de la fecha de alta en una póliza de gastos médicos mayores emitida por una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando no tenga períodos al descubierto mayores a 30 días.

29) Parto normal o aborto.

Se cubrirán los gastos por la atención del parto o aborto, entendiéndose como tales los gastos por la hospitalización y honorarios de médicos inherentes al evento, medicamentos o estudios y demás gastos relacionados con el evento del parto, con una suma asegurada de 30 UMAM, después de transcurrir diez meses de vigencia continua con seguro de gastos médicos mayores para la asegurada de que se trate. La cobertura aplicará para la Asegurada titular o la cónyuge o concubina o hija o descendiente directa del Asegurado Titular, por lo que no quedará protegida la pareja del mismo sexo, sin deducible ni coaseguro.

En esta cobertura se incluye, dentro de la misma suma asegurada, los gastos por la estancia en cunero fisiológico, incubadora, tamiz, para el caso de la atención del médico pediatra operará un límite de 1 UMAM.

Se considerará como aborto la interrupción de la gestación antes de la semana 20 del embarazo, si su acontecimiento es involuntario.

30) Cobertura de Pago de Complementos.

Quedarán cubiertos los gastos médicos que se eroguen durante la vigencia de esta póliza, por enfermedades y/o accidentes iniciados en vigencias anteriores de las pólizas contratadas del Seguro de Gastos Médicos Mayores, bajo las siguientes condiciones:

- a) Los gastos médicos que se eroguen, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparada y tratada, en las pólizas de vigencias anteriores.
- b) Los gastos médicos que se eroguen quedarán cubiertos bajo las condiciones vigentes en la fecha en que se efectuó el primer gasto, hasta agotar el remanente de la suma asegurada o el término de la vigencia de la póliza, lo que ocurra primero.
- c) Para los efectos de este beneficio será necesario que la vigencia del seguro no haya sido interrumpida por un plazo mayor de 30 días, ni en la(s) Aseguradora(s) anterior(es), ni en el cambio con "LA ASEGURADORA".

Para el pago de complementos el asegurado deberá presentar copia del finiquito anterior y/o carta que indique el remanente de suma asegurada.

31) Tratamientos oftalmológicos.

Se cubrirán los gastos en que incurra el asegurado a consecuencia de tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratomía radiada, queratomileusis, epikeratofaquia y similares, siempre y cuando los signos o síntomas se manifiesten durante la vigencia de la cobertura para cada asegurado y éste presente al menos 5 dioptrías en cada ojo, con una suma asegurada de 10 UMAM.

32) Cobertura en el extranjero.



Esta cobertura se aplicará exclusivamente para 3 servidores públicos (Director General y Directores Generales Adjuntos) bajo las mismas condiciones de la póliza de la cobertura básica.

La cobertura en el extranjero podrá operar bajo el sistema de indemnización de pago directo cuando "LA ASEGURADORA" tenga la capacidad de gestionar este servicio a través de su red médica, y a través del sistema de indemnización de reembolso, cuando "LA ASEGURADORA" no tenga la capacidad de gestionar este servicio a través de su red médica, de acuerdo con el Physician Fee (Usual, Customary & Reasonable) que aplique en el país en donde se presente el gasto, aplicando las condiciones de la póliza.

Exclusiones.

El servicio a contratar no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en este documento:

1. Servicios y/o gastos de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.
2. Peluquería, barbería, pedicurista, compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.
3. Tratamientos estéticos y de calvicie.
4. Tratamientos dietéticos, de obesidad y complementos vitamínicos.
5. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud.
6. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, etcétera de los prospectos a ser donadores del asegurado.
7. Anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos.
8. Compra o renta de zapatos ortopédicos.
9. Tratamiento dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, en los términos que se indican en el numeral 15 del apartado 3. **Gastos Médicos cubiertos** del presente documento.
10. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual, o cualquiera de sus complicaciones independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
11. Honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos, hijos, cónyuge) del asegurado o el mismo asegurado.
12. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación de la póliza, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición.
13. Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea de sueño y roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje o lenguaje, enajenación mental, histeria, neurosis o psicosis. Tampoco se cubren estudios o tratamientos psicológicos, independientemente de sus orígenes y consecuencias.



14. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura proporcionados por personas sin cédula profesional específica para realizar dichos tratamientos.
15. Tratamientos experimentales o de investigación.
16. Accidentes o padecimientos derivados del alcoholismo o toxicomanía del Asegurado. Se cubrirán accidentes derivados del consumo social del alcohol hasta 0.08 de alcohol en la sangre, también estarán cubiertos los accidentes cuando el asegurado tenga alcohol en la sangre y él no sea causante del accidente.
17. Tratamientos resultantes del Intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aun cuando se hayan cometido en estado de enajenación mental.
18. Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado, ni aquellos derivados de riñas en que el Asegurado haya participado.
19. Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
20. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.
21. Padecimientos resultantes de la participación del Asegurado en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, de vehículos con propulsión propia.
22. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea área comercial.
23. Estrabismo del Asegurado no protegido por "LA ASEGURADORA" a partir de su nacimiento.

IV. LUGAR Y PLAZO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El Prestador del Servicio se obliga a proporcionar los servicios a nivel nacional partir de las 00:00 horas (horario de 24 horas) del día 14 de febrero de 2017 y hasta las 24:00 horas (horario de 24 horas) del día 22 de marzo de 2017.

V. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN DE MERCADO

Información obtenida a través de solicitudes de cotización

Se envió petición de oferta a MetLife México, S.A., derivado de que al ser la aseguradora que actualmente presta el servicio, es la única empresa que se encuentra en posibilidades de garantizar la continuidad de la cobertura al personal, puesto que ya cuenta con el registro de asegurados, así como con las condiciones específicas de la póliza solicitada por el Instituto Fonacot. Lo anterior, le brinda la posibilidad de proporcionar el servicio por el plazo requerido para llevar a cabo un nuevo procedimiento de Licitación.

La propuesta recibida de la empresa MetLife México, S.A. se anexa al presente documento.

VI. PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN PROPUESTO:

De conformidad con los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 25 primer párrafo, 26 fracción III y 42 párrafo segundo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se propone realizar la contratación del servicio propuesto a través del procedimiento de Adjudicación Directa, toda vez que el procedimiento de contratación realizado mediante Licitación Pública Nacional Mixta con



Reducción de Plazos NO. LA-014P7R001-E10-2017 para la Contratación Abierta del Servicio de Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores para el personal del Instituto Fonacot fue declarado desierto en el Acto de Fallo realizado el pasado 13 de febrero de 2017, fecha en la cual terminó la vigencia del servicio, derivada de la ampliación realizada mediante Convenio Modificatorio No. CM-I-SD-2016-021 al contrato No. I-SD-2016-004. Por lo antes expuesto, mediante la contratación del servicio por medio del procedimiento de Adjudicación Directa por el plazo del 14 de febrero al 22 de marzo del 2017, se cuenta con posibilidades de preparar un nuevo procedimiento de Licitación para la contratación del servicio.

Toda vez que la única empresa que se encuentra en posibilidades de prestar el servicio durante el plazo solicitado es el actual Prestador de Servicios, **MetLife México, S.A.**, se propone llevar a cabo una Adjudicación Directa a favor de dicha aseguradora.

VII. VIGENCIA DEL SERVICIO

La vigencia será del 14 de febrero al 22 de marzo del 2017

VIII. MONTO ESTIMADO DE CONTRATACIÓN Y FORMA DE PAGO.

El monto estimado para la contratación del servicio es por la cantidad de \$717,633.62 (Setecientos Diecisiete Mil Seiscientos Treinta y Tres pesos 62/100 M.N), más el Impuesto al Valor Agregado.

El pago se realizará en una sola exhibición, dentro de los 20 días naturales posteriores a la presentación del Comprobante Fiscal Digital por Internet CFDI (factura electrónica) junto con su archivo XML y previa validación del administrador del contrato.

El CFDI deberá contar con el visto bueno del administrador del contrato y con los requisitos fiscales vigentes señalados en los artículos 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación Aplicable en los Estados Unidos Mexicanos, por lo que el Prestador del Servicio deberá:

Elaborar Comprobantes fiscales digitales por Internet (CFDI), junto con su archivo XML y la representación de dichos comprobantes en documento impreso en papel, que reúnan los requisitos fiscales respectivos, en la que indique el servicio prestado y el número de contrato que lo ampara. Dichos comprobantes serán enviados y entregados en las oficinas centrales del INSTITUTO FONACOT, ubicadas en Av. Insurgentes Sur No. 452, Tercer Piso, Col. Roma Sur, C.P. 06760, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, en la oficina de la Dirección de Recursos Humanos y al siguiente correo electrónico leopoldo.rubio@fonacot.gob.mx, en un horario de labores de las 9:00 a las 15:00 horas de lunes a viernes en días hábiles.

Indicar la descripción de los servicios, cantidad, unidad de medida, precio unitario, impuestos y precio total, así como el número de contrato que ampara dicha factura.

IX. PERSONA FÍSICA O MORAL PROPUESTA PARA LA ADJUDICACIÓN.

METLIFE MÉXICO, S.A.

Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32, Pisos SKL, 14 a 20 y PH
Col. Lomas de Chapultepec, Del. Miguel Hidalgo
C.P. 11000, Ciudad de México
R.F.C: MME920427EM3
Tel. 55 5328 9000



X. ACREDITAMIENTO DE LOS CRITERIOS EN QUE SE FUNDA LA EXCEPCIÓN DE LA ADJUDICACIÓN DIRECTA

1. Criterio de Eficacia

Con el procedimiento de adjudicación directa se realizará la contratación con oportunidad y atendiendo las características requeridas por la dependencia o entidad para obtener las mejores condiciones de contratación y cumplir los objetivos que se persiguen, lo cual no se lograría con el procedimiento de Invitación a Cuando Menos Tres Personas.

2. Criterio de Eficiencia

El procedimiento de adjudicación directa es el que permite el uso racional de recursos con los que cuenta el INFONACOT para realizar la contratación y obtener las mejores condiciones en la misma, evitando la pérdida de tiempo y recursos al Estado.

3. Criterio de imparcialidad

La selección del procedimiento de adjudicación directa no implica otorgar condiciones ventajosas a ninguno de los prestadores de servicio que presentó cotización, en relación con los demás ni limitar la libre participación.

4. Criterio de honradez

El INSTITUTO FONACOT ha llevado a cabo la presente contratación con apego en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios para evitar que en el procedimiento de adjudicación directa se realicen actos de corrupción, así como que los servidores públicos que intervengan en el mismo no se aprovechen de su cargo para favorecer a alguna o algunas de las personas que hayan presentado cotización.

XI. LUGAR Y FECHA

Ciudad de México a 13 de febrero de 2017.

XII. SUFICIENCIA PRESUPUESTAL

Se cuenta con suficiencia presupuestal autorizada mediante oficio núm. DICP-SP016.

XIII. DOCUMENTACIÓN SOPORTE:

1. Solicitud de Contratación.
2. Anexo Técnico.
3. Copia de Oficio de Solicitud de Suficiencia Presupuestal.
4. Copia de Oficio de Autorización de Presupuesto.

De conformidad con lo antes mencionado se somete a consideración la siguiente:

**XIV. SOLICITUD DE CONTRATACIÓN**

Quien suscribe el presente documento en su carácter de área requirente, es responsable de la veracidad de la información aquí plasmada, mediante la cual se solicita la excepción para no llevar a cabo el procedimiento de invitación a cuando menos tres personas y se autorice la adjudicación directa de conformidad con lo señalado en el segundo párrafo del artículo 42 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Atentamente,

Leopoldo Rubio Fernández
Director de Recursos Humanos

Autorización

En razón de que el monto de la operación corresponde a una invitación a cuando menos tres personas, y considerando lo que se expone y documenta en el cuerpo de esta justificación, se autoriza la adjudicación directa, en apego a lo establecido en el artículo 42 segundo párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. Manifestando que la información plasmada en el presente documento, es responsabilidad única y exclusiva del área requirente.

Lic. Francisco Javier Villafuerte Haro
Subdirector General de Administración