OBSERVACIONES PROYECTO PLIEGO SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA
No. SA-GB-021-2026

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO SA

OBSERVACIÓN No. 1:

VIDA GRUPO FUNCIONARIOS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

1. Solicitamos amablemente a la Entidad el listado de los asegurados nombre completo, número y tipo de documento y con fecha de nacimiento o edad.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1: No se acepta la observación, toda vez que la información solicitada contiene datos personales de los servidores de la entidad y, por su carácter sensible, no puede ser divulgada en esta etapa del proceso. Dicha información se suministrará únicamente a la compañía de seguros que resulte adjudicataria.

OBSERVACIÓN No. 2:

2. Solicitamos amablemente a la entidad aclarar el número de asegurados totales para este proceso; en proyecto pliego ni anexo condiciones técnicas obligatorias lo indican.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 2: Se aclara al oferente que el número total de asegurados objeto del presente proceso corresponde a mil doscientos noventa y nueve (1.299) asegurados. No obstante, si al momento de la emisión de la póliza el listado de asegurados no contiene la totalidad de los asegurados previstos, los asegurados pendientes de inclusión serán reportados e incorporados de manera progresiva, de acuerdo con las solicitudes y necesidades de la Entidad, conforme a las condiciones establecidas en el proceso.

En consecuencia, los oferentes deberán tener en cuenta esta cantidad para la elaboración y presentación de su oferta económica, el cual será modificado en el Anexo de Condiciones Técnicas así:

ANEXO
CONDICIONES Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OBLIGATORIAS
SEGURO DE VIDA GRUPO

1. **SEGURO VIDA GRUPO FUNCIONARIOS**

(...)
TOTAL DE ASEGURADOS: MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE (1299).

OBSERVACIÓN No. 3:

3.MODIFICACIÓN Y/O CORRECCIÓN ITEM. C.

Amablemente solicitamos a la entidad se sirva corregir o modificar el ítem C, dado que no concuerda con los criterios de calificación evaluación de las ofertas y adjudicación en la página 27.

C. Oficina Principal, Sucursal y/o Agencia en Tunja abierta con atención al público (10 Puntos): La Aseguradora deberá acreditar oficina principal, sucursal en la ciudad de Tunja: con experiencia en seguros para entidades estatales, disponibilidad de reclamos las 24 horas del día, debe garantizar atención de eventos con solo reportar el NIT de la entidad para atención de emergencias. Para acreditar el requisito el oferente deberá presentar certificado de existencia y representación legal.

6. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y ADJUDICACIÓN

CRITERIO	PUNTAJE PARCIAL	PUNTAJE
6.7.1. Factor técnico A. Condiciones complementarias B. Requisitos para el pago de indemnizaciones C. Oficina Principal y/o Sucursal en Tunja abierta con atención al público.	 39,5 10 10	59,5
6.7.2. Factor económico A. Mayor Vigencia Técnica	30	30
6.7.3. Estímulo a la industria nacional colombiana		10
6.7.4. Diferencial emprendimientos de mujeres		0,25
6.7.5 Criterios diferenciales para MIPYMES		0,25
MÁXIMO PUNTAJE A OTORGAR		**100**

Lo anterior teniendo en cuenta que:

Como lo establece el Código de Comercio que determina la diferencia entre agencia y sucursal,
así:
Artículo 263: “Son sucursales los establecimientos de comercio abiertos por una sociedad, dentro o fuera de su domicilio, para el desarrollo de los negocios sociales o de parte de ellos, administrados por mandatarios con facultades para representar a la sociedad...” Artículo 264: “Son agencias de una sociedad sus establecimientos de comercio cuyos administradores carezcan de poder para representarla...” (el resaltado es nuestro). Teniendo en cuenta lo expuesto por el observante, se aclara que, aunque el poder otorgaría el poder de representación; la misma naturaleza de AGENCIA (según lo establecido en la ley), seguiría estableciendo limitaciones propias de la misma.
Así las cosas, es claro que, aun cuando la agencia y la sucursal se encarguen del cumplimiento del objeto social de una compañía, existe diferencia principalmente en el ejercicio de la capacidad de la sociedad y su representación para todos los efectos, tanto negociables como judiciales, tales como aspectos administrativos, contractuales y técnicos, atención de reclamos e indemnizaciones, autonomía para contratar y demás, en la medida en que el administrador de la Sucursal como representante de la sociedad, y conforme lo dispuesto en el inciso segundo del Art. 263 del Código de Comercio, goza de las facultades

propias del representante legal de la principal, en tanto que el administrador de la Agencia carece en absoluto de dichas facultades.

Adicionalmente, las normas vigentes en materia de contratación pública señalan que quienes pueden celebrar contratos con las entidades estatales son las personas consideradas legalmente capaces en las disposiciones vigentes (art. 6 de la Ley 80 de 1993) y que en virtud del Principio de Responsabilidad (artículo 26 de la Ley 80 de 1993), los servidores públicos están obligados a buscar, entre otros aspectos, la protección de los derechos de la Entidad.

En consecuencia, la entidad contratante al iniciar la participación de las agencias en este proceso estaría permitiendo la presentación de ofertas de personas sin capacidad, representación y facultades plenas para cumplir el objeto del contrato a suscribir, lo que constituye un riesgo que de realizarse afectaría negativamente los intereses de la Entidad.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 3: Se acepta la observación y se modifica el ítem C y la tabla de ponderación mediante adenda de la siguiente manera:

6.7.1. FACTOR TÉCNICO (59.5 PUNTOS)

…..

" **C. Oficina Principal y/o Sucursal en Tunja abierta con atención al público (10 Puntos):** La Aseguradora deberá acreditar oficina principal y sucursal en la ciudad de Tunja: con experiencia en seguros para entidades estatales, disponibilidad de reclamos las 24 horas del día, debe garantizar atención de eventos con solo reportar el NIT de la entidad para atención de emergencias. Para acreditar el requisito el oferente deberá presentar certificado de existencia y representación legal.

PONDERACIÓN:

Estos criterios serán analizados teniendo en cuenta el cumplimiento de los siguientes factores, sobre un puntaje total de 100 puntos por grupo, distribuidos de la siguiente manera:

CRITERIO	PUNTAJE PARCIAL	PUNTAJE
6.7.1. Factor técnico A. Condiciones complementarias B. Requisitos para el pago de indemnizaciones C. Oficina Principal y/o Sucursal en Tunja abierta con atención al público.	 39,5 10 10	59,5
6.7.2. Factor económico A. Mayor Vigencia Técnica	30	30
6.7.3. Estímulo a la industria nacional colombiana		10
6.7.4. Diferencial emprendimientos de mujeres		0,25
6.7.5 Criterios diferenciales para MIPYMES		0,25
MÁXIMO PUNTAJE A OTORGAR		**100**

OBSERVACIÓN No. 4:

4. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES (MODIFICACIÓN, TERMINACIÓN E INTERPRETACIÓN UNILATERALES), MULTAS, PENAL PECUNIARIA, SANCIONES, CADUCIDAD

Respetuosamente solicitamos a la entidad eliminar el presente numeral, toda vez que en materia atinente al Contrato Estatal de Seguro, el Art 17 de la ley 1150 de 2.007 no modificó las excepciones que traía el parágrafo del Art 14 de la ley 80 de 1.993 y en consecuencia, este artículo 17 de la ley 1150 de 2.007 será aplicable a todos los contratos Estatales, excepto para aquellos contratos expresamente excluidos de la aplicación de exorbitancia, como en efecto lo son los contratos de: Cooperación Internacional, de Empréstito, los Interadministrativos, las Donaciones, los Arrendamientos, los celebrados por las EICE y las SEM, y los Contratos de Seguro, éstos últimos como es el caso que nos ocupa.

Así las cosas, De acuerdo a lo consagrado en el artículo 14 de la ley 80 de 1993 las cláusulas exorbitantes se entienden incluidas así no se hayan hecho explicitas en el contrato, para los que tengan por objeto el ejercicio de una actividad que constituya monopolio estatal, la prestación de servicios públicos o la explotación y concesión de bienes del Estado, así como en los contratos de obra. Consecuentemente, la misma disposición legal permite que las mismas puedan (facultativamente) ser incorporadas en los contratos de suministro y de prestación de servicios.
Ahora bien, en contratos distintos como el de seguro no es posible ni facultativamente pactarlas en el contrato; además en el parágrafo de la misma disposición legal se exceptúa la posibilidad de incluir estas cláusulas en “los contratos de seguro tomados por entidades estatales”. Por consiguiente, no solo es claro sino una imposición legal, que para los contratos de seguro que celebren las entidades estatales no se incorporen las cláusulas exorbitantes”, razón por la cual solicitamos eliminar las cláusulas en mención.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 4: Se acepta la observación, por lo tanto serán eliminadas de la minuta contractual las cláusulas excepcionales o exorbitantes.

OBSERVACIÓN No. 5:

MINUTA DE CONTRATO

5.GARANTÍAS CONTRACTUALES: GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO Y CALIDAD DEL SERVICIO, PRESTACIONES SOCIALES

De conformidad con lo establecido en la Ley 1150 de 2007 en el artículo 7, las garantías no serán obligatorias en los contratos de seguros, en consecuencia, solicitamos se elimine la exigencia de garantía única de cumplimiento en el presente proceso de contratación.
LEY 1150 DE 2007
ART. 7. De las garantías en la contratación. Los contratistas prestarán garantía única para el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato. Los proponentes prestarán garantía de seriedad de los ofrecimientos hechos. Las garantías consistirán en pólizas expedidas por compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en Colombia, en garantías bancarias y en general, en los demás mecanismos de cobertura del riesgo autorizados por el reglamento para el efecto. Tratándose de pólizas, las mismas no expirarán por falta de pago de la prima o por revocatoria unilateral. El Gobierno Nacional señalará las condiciones generales que deberán ser incluidas en las pólizas de cumplimiento de los contratos estatales.
El Gobierno Nacional señalará los criterios que seguirán las entidades para la exigencia de garantías, las clases y niveles de amparo de los riesgos de los contratos, así como los casos en que, por las características y complejidad del contrato a celebrar, la garantía pueda ser

dividida teniendo en cuenta las etapas o riesgos relativos a la ejecución del respectivo contrato. El acaecimiento del siniestro que amparan las garantías será comunicado por la entidad pública al respectivo asegurador mediante la notificación del acto administrativo que así lo declare. Las garantías no serán obligatorias en los contratos de empréstito, en los interadministrativos, en los de seguro y en los contratos cuyo valor sea inferior al 10% de la menor cuantía a que se refiere esta ley, caso en el cual corresponderá a la entidad determinar la necesidad de exigirla, atendiendo a la naturaleza del objeto del contrato y a la forma de pago, así como en los demás que señale el reglamento. PARÁGRAFO TRANSITORIO. Durante el período que transcurra entre la entrada en vigencia de la reforma contenida en la presente ley y la expedición del decreto reglamentario a que se refiere este artículo, las entidades estatales continuarán aplicando las normas legales y reglamentarias vigentes.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 5: Se acepta la observación, de conformidad con el numeral "8. ANÁLISIS QUE SUSTENTA DE LA EXIGENCIA DE LAS GARANTÍAS" del Estudio Previo, no será exigible la garantía única de cumplimiento dentro del presente proceso. Por lo tanto, de la minuta del contrato que reposa en el Proyecto de Pliego de Condiciones será modificada la CLÁUSULA NOVENA.- GARANTÍA ÚNICA, lo referente a la garantía única del PARÁGRAFO de la CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA y de la CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA ESTIMACIÓN ANTICIPADA DE PERJUICIOS.

OBSERVACIÓN No. 6:

6.FACTURACIÓN ELECTRÓNICA
Teniendo presente la nueva normatividad de notificación de la factura electrónica, solicitamos a la entidad suministrar un correo electrónico al cual debe llegar la notificación de las facturas electrónicas en el momento que se emitan las pólizas.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 6: La Entidad informa que, para efectos de la expedición y remisión de la factura electrónica correspondiente al contrato que se derive del presente proceso, el adjudicatario deberá utilizar los siguientes datos:

- Razón social: Departamento de Boyacá.
- NIT: 891800498-1.
- Correo electrónico para recepción de facturación electrónica: contabilidad@boyaca.gov.co.

La factura deberá identificar el contrato al que corresponde y cumplir los requisitos tributarios aplicables, así como las condiciones previstas en los documentos del proceso para su radicación y trámite de pago.

OBSERVACIÓN No. 7:

7.CUENTAS DE COBRO
En caso de ser adjudicatarios, agradecemos amablemente a la entidad indicarnos que documentos y requisitos tales como planes de pago se deben cumplir para obtener el pago de las primas de seguro derivadas de este proceso contractual, adicionalmente solicitamos indicar a quien debemos dirigir y radicar las cuentas de cobro, esto para el pago de primas, así mismo, indicarnos la siguiente información:

- Nombre completo
- Teléfono celular
- Cargo
- Correo electrónico

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 7: La Entidad informa que a quien resulte adjudicatario del proceso se le suministrarán, en la oportunidad correspondiente y previamente a la radicación de la solicitud de pago, las instrucciones sobre los documentos, requisitos y procedimientos para tramitar el pago de las primas de seguro, incluidos los planes de pago, cuando sean aplicables, de conformidad con las condiciones establecidas en los documentos del proceso y en el contrato.

Asimismo, se le indicarán la dependencia y el canal habilitados para la radicación, junto con el nombre completo, cargo, correo electrónico institucional y teléfono de contacto del funcionario responsable del trámite.

EQUIDAD SEGUROS

1.REQUISITOS HABILITANTES:

OBSERVACIÓN No. 1:

1.1.FINANCIEROS:
En virtud del principio de pluralidad de oferentes consagrado en la Ley 80 de 1993 artículo 24, y a los principios de Transparencia y Responsabilidad (artículos 24 y 26 de la Ley 80 de 1993) aplicables al presente proceso de selección y teniendo en cuenta que la contabilidad de seguros tiene consideraciones especiales, con factores que requieren manejo particular como las reservas Técnicas que se deben llevar al pasivo y no constituyen deudas con terceros, sino provisiones de desviación de siniestralidad y reservas para riesgos en curso entre otros. Solicitamos amablemente a la Entidad reconsiderar los indicadores de Orden Financiero, debido a que en el mercado asegurador y como apoyo a la industria nacional las aseguradoras locales interesadas en participar en el proceso citado en el asunto, cuentan con indicadores inferiores al requerido en el pliego de condiciones para esta vigencia por situaciones particulares de la operación de las aseguradoras; por tanto agradecemos que la Entidad le dé la oportunidad a otros actores interesados en el proceso y considere colocar el siguiente indicador:

ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR O IGUAL A 1.00

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1: No se acepta la observación. Se informa al observante que, de acuerdo con el estudio de mercado y el análisis técnico previo que soporta la estructuración del presente proceso,el valor de los indicadores corresponden al análisis del sector y se fijaron a partir del promedio histórico de procesos iguales o similares adelantados por la entidad, por eso cuentan con soporte técnico y objetivo, y permiten asegurar la participación de oferentes idóneos sin restringir la pluralidad de proponentes.

En consecuencia, no se acoge la observación de que los requisitos de capacidad financiera y capacidad operacional exigidos son proporcionales al objeto del contrato. En consecuencia, se mantienen las condiciones establecidas en el pliego.

2.ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA CONTRATACIÓN:

OBSERVACIÓN No. 2:

2.1.MULTAS Y CLÁUSULA PENAL
En materia atinente al Contrato Estatal de Seguro, el Art 17 de la ley 1150 de 2.007 no modificó las excepciones que traía el parágrafo del Art 14 de la ley 80 de 1.993 y en consecuencia, este artículo 17 de la ley 1150 de 2.007 será aplicable a todos los contratos estatales, excepción hecha de aquellos contratos expresamente excluidos de la aplicación de exorbitancia, como en efecto lo son los contratos de: Cooperación Internacional, de Empréstito, los interadministrativos, las Donaciones, los Arrendamientos, los celebrados por las EICE y las SEM, los Contratos de Seguro..."

Así las cosas, de acuerdo con lo consagrado en el artículo o 14 de la ley 80 de 1993 las cláusulas exorbitantes se entienden incluidas así no se hayan hecho explícitas en el contrato, sin embargo, en contratos distintos como el de seguro no es posible ni facultativamente pactarlas en el contrato; e inclusive en el parágrafo de esta disposición legal se exceptúa expresamente la posibilidad de incluir estas cláusulas en "los contratos de seguro tomados por entidades estatales". Por consiguiente, no solo es claro sino además una imposición legal, que para los contratos de seguro que celebren las entidades estatales no se incorporen las cláusulas exorbitantes, razón por la cual solicitamos eliminar las cláusulas en mención.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 2: Se acepta la observación, por lo tanto serán eliminadas de la minuta contractual las cláusulas excepcionales o exorbitantes.

OBSERVACIÓN No. 3:

2.2.FACTURACIÓN ELECTRÓNICA
Atendiendo el Decreto 358 de 2020 el cual reglamenta “Los artículos 511, 615, 616-1, 616-2, 616-4, 617, 618, 618-2 y 771-2 del Estatuto Tributario, 26 de la Ley 962 de 2005 y 183 de la Ley 1607 de 2012 y se sustituye el Capítulo 4 del Título 1 de la Parte 6 del Libro 1 del Decreto 1625 de 2016 Único Reglamentario en Materia Tributaria.” Agradecemos confirmar el correo de facturación electrónica.

RESPUESTA OBSERVACION No. 3: La Entidad informa que, para efectos de la expedición y remisión de la factura electrónica correspondiente al contrato que se derive del presente proceso, el adjudicatario deberá utilizar los siguientes datos:

- Razón social: Departamento de Boyacá.
- NIT: 891800498-1.
- Correo electrónico para recepción de facturación electrónica: contabilidad@boyaca.gov.co.

La factura deberá identificar el contrato al que corresponde y cumplir los requisitos tributarios aplicables, así como las condiciones previstas en los documentos del proceso para su radicación y trámite de pago.

3.TÉCNICA:

OBSERVACIÓN No. 4:

3.1.Agradecemos respetuosamente a la entidad anexar la relación de fechas de nacimiento o edad de los asegurados.

RESPUESTA OBSERVACION No. 4: No se acepta la observación, toda vez que la información solicitada contiene datos personales de los servidores de la entidad y, por su carácter sensible, no puede ser divulgada en esta etapa del proceso. Dicha información se suministrará únicamente a la compañía de seguros que resulte adjudicataria.

OBSERVACIÓN No. 5:

3.2.Agradecemos a la entidad dar claridad sobre la condición relacionada en el anexo 6.2, CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS. Numeral 15. Teniendo en cuenta que para el caso de Enfermedades Graves opera como un anticipo del amparo básico y para el caso de invalidez la indemnización de este amparo no es acumulable con el amparo básico.

RESPUESTA OBSERVACION No. 5: Se aclara al observante que el amparo de Enfermedades Graves se encuentra configurado como una cobertura autónoma e independiente, con suma asegurada propia e independiente del amparo básico de vida, por lo cual no opera bajo la modalidad de anticipo, avance o porcentaje del capital asegurado en dicho amparo. Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el numeral 4 de las siguientes condiciones:
CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS
(...)
4. Valores asegurados al 100% para cada uno de los amparos o coberturas, por tanto, no se aceptan propuestas de valor asegurado que establezcan «Anticipo», «avance», «sublímite» o «porcentaje de» cualquier otra expresión que haga alusión a valores vinculados con otros amparos.
De igual manera, se aclara que la cobertura de Invalidez deberá contar con el valor asegurado establecido para dicho amparo y operar de manera independiente, sin que su reconocimiento pueda generar la reducción, afectación o extinción automática del amparo básico de vida, ni limitar los derechos de los asegurados frente a las coberturas contratadas.
En consecuencia, la Entidad mantiene las condiciones técnicas establecidas en los documentos del proceso y no acepta la incorporación de condiciones que impliquen que las indemnizaciones de los amparos de Enfermedades Graves e Invalidez se encuentren condicionadas, limitadas o vinculadas al valor asegurado del amparo básico de vida.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

OBSERVACIÓN No. 1:

SOBRE AJUSTE Y/O MODIFICACIÓN DEL PRESUPUESTO: De manera atenta solicitamos ajustar el presupuesto en un 30%, o la vigencia mínima, teniendo en cuenta que el presupuesto asignado resulta insuficiente para la contratación de las pólizas requeridas.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1: No se acepta la observación, toda vez que el presupuesto oficial y la vigencia mínima requerida son producto del análisis del sector realizado por la entidad, con base en las cotizaciones allegadas por las compañías aseguradoras. Por lo tanto, estas condiciones se mantienen en los términos establecidos en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 2:

SOBRE CONDICIONES TÉCNICAS: Respetuosamente solicitamos se incluya la siguiente condición técnica: "Lo no estipulado y/o definido en el alcance o cobertura en la invitación / condiciones técnicas, se aplicaran las condiciones generales de la compañía adjudicada estipuladas en sus clausulados generales vigentes y radicado ante la superintendencia financiera"

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 2: La Entidad no acepta la observación presentada. Lo anterior, teniendo en cuenta que las condiciones técnicas exigidas dentro del presente proceso de selección se encuentran definidas de manera expresa en el Anexo de Condiciones Técnicas, documento que regirá la contratación y sobre el cual los oferentes deberán estructurar sus propuestas.

OBSERVACIÓN No. 3:

SOBRE ESTAMPILLAS: Solicitamos a la entidad confirmar si para este contrato aplican estampillas, de ser así, agradecemos relacionarlas.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 3: La Entidad informa que las estampillas y demás descuentos aplicables al contrato derivado del presente proceso corresponden a los señalados en la certificación expedida el 4 de noviembre de 2026, suscrita por CARLOS IVÁN LÓPEZ CÁRDENAS, Subdirector de Contabilidad del Departamento de Boyacá.

Dicha certificación se adjunta a la presente respuesta para conocimiento de los interesados y deberá ser tenida en cuenta en la estructuración de sus propuestas económicas.

OBSERVACIONES RAMO VIDA GRUPO

OBSERVACIÓN No. 4:

SOBRE RELACIÓN DE ASEGURADOS: De manera atenta solicitamos relacionar las personas que requieren el seguro con nombres y apellidos, fechas de nacimiento, número de documento, cargo.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 4: No se acepta la observación, toda vez que la información solicitada contiene datos personales de los servidores de la entidad y, por su carácter sensible, no puede ser divulgada en esta etapa del proceso. Dicha información se suministrará únicamente a la compañía de seguros que resulte adjudicataria.

OBSERVACIÓN No. 5:

SOBRE SOBRE EDADES MÁXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA: Agradecemos se acepte la condición de EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y PERMANENCIA, de conformidad con indicado en los clausulados de las compañías de seguros.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 5: La Entidad no acepta la observación presentada. Lo anterior, por cuanto las edades máximas de ingreso y permanencia establecidas en las condiciones técnicas obligatorias responden a las necesidades de aseguramiento de la Entidad y buscan garantizar la continuidad de la cobertura para la totalidad de los asegurados que conforman el grupo objeto del presente proceso. En consecuencia, aceptar la condición propuesta implicaría limitar el alcance de la cobertura requerida y desmejorar las condiciones técnicas definidas por la Entidad.

OBSERVACIÓN No. 6:

SOBRE APLICACIÓN DE LA ORDEN ADMINISTRATIVA CIRCULAR 040 DEL 2020 DE LA SUPERFINANCIERA Agradecemos suministrar los correos electrónicos de cada uno de los asegurados, con el fin de atender la circular relacionada para que la compañía de seguros le envié de manera individual el certificado de asegurabilidad.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 6: La Entidad se permite informar que no se suministrarán los correos electrónicos individuales de cada uno de los asegurados. Al respecto, se precisa que la Orden Administrativa Circular Externa 040 de 2020 de la Superintendencia Financiera establece la obligación de poner a disposición de los asegurados el certificado individual de seguro, más no impone que dicho envío deba realizarse de manera directa e individual al correo electrónico personal de cada asegurado, ni condiciona su cumplimiento a la recolección de datos personales de contacto.

En el marco del presente proceso y conforme a la práctica reiterada en los programas de seguros del sector público, los certificados de asegurabilidad y/o certificados individuales de seguro deberán ser remitidos por la aseguradora al intermediario de seguros del Municipio y a la Entidad contratante, quienes garantizarán su entrega, socialización y disponibilidad a los asegurados, dando así cumplimiento a lo dispuesto por la citada circular.

Esta modalidad resulta acorde con los principios de protección de datos personales, eficiencia administrativa y centralización de la gestión contractual, sin que se afecten los derechos de información de los asegurados.

OBSERVACIÓN No. 7:

SOBRE ESTADO ACTUAL DEL GRUPO A ASEGURAR Agradecemos brindar la siguiente información del grupo de personas a asegurar:

•Si, alguien del grupo asegurado, ha efectuado reclamación por enfermedad grave.
•Si, a alguien del grupo asegurado, le han sido diagnosticadas enfermedades consideradas como graves, ejemplo cáncer, sida, enfermedad coronaria.
•Si, existen asegurados en proceso de reclamación por siniestro, en la vigencia a terminar.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 7: No se acepta la observación, ya que no es procedente suministrar la información solicitada en esta etapa del proceso. Al respecto, es preciso señalar que los datos relacionados con reclamaciones por enfermedad grave, diagnósticos médicos específicos y procesos de reclamación por siniestros corresponden a información sensible, en los términos de la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes sobre protección de datos personales, razón por la cual su divulgación se encuentra legalmente restringida.

Adicionalmente, tratándose de un proceso de selección en etapa precontractual, la Entidad no está obligada a revelar información individual o particularizada del grupo asegurado que pueda afectar la intimidad, confidencialidad o derechos fundamentales de los asegurados, ni constituir un trato desigual entre los posibles oferentes.

OBSERVACIÓN No. 8:

SOBRE AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Gentilmente solicitamos ajustar la descripción del presente amparo con la siguiente descripción: "el riesgo de incapacidad total y permanente, que al ser calificada de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez (decreto 1507 de 2014, o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez) sea igual o superior al 50% de la pérdida de la capacidad laboral, siempre y cuando el evento generador y la fecha de estructuración de la misma se produzcan dentro de la vigencia de la póliza", lo anterior con el fin de tener la oportunidad de participar en el proceso.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 8: No se acepta la observación**.** Se informa que las definiciones y alcances del amparo de Incapacidad Total y Permanente ya se encuentran establecidos en el pliegos y documentos contractuales del proceso. En este sentido, no es procedente su modificación, toda vez que podría generar interpretaciones disímiles entre los oferentes y afectar la transparencia y equidad del proceso de selección.

OBSERVACIÓN No. 9:

SOBRE AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Sobre el texto "Cualquier otra pérdida, invalidez o inutilización no descrita expresamente se indemnizará en proporción al porcentaje de pérdida de capacidad laboral que certifique la Junta Regional o Nacional." Esto genera una posible ambigüedad porque:

En la primera parte habla de indemnizar cuando exista una PCL igual o superior al 50%. Pero luego menciona indemnización proporcional según el porcentaje certificado para otras pérdidas.

Por ello, solicitamos confirmen:

➢Si para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente siempre se requiere una PCL mínima del 50%.

➢Si para las indemnizaciones por desmembración o pérdidas parciales se reconocerán porcentajes inferiores al 50% de PCL.

➢Si aceptarán dictámenes de Colpensiones, ARL, EPS o fondos de pensiones cuando estos tengan facultad legal para calificar, o únicamente de las Juntas de Calificación de Invalidez.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 9: Se acepta de manera parcial la observación y con el fin de dar claridad y no incurrir en errores para los oferentes se aclara el porcentaje de indemnización sobre el cual aplican los porcentajes de ITP invalidez o enfermedad se ajusta de la siguiente manera:

1. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ, POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

Si como consecuencia de un accidente o una enfermedad, amparado y ocurrido durante la vigencia de la póliza, el asegurado sufre una pérdida de capacidad laboral o superior al 50%, certificada conforme a la normatividad vigente en el Sistema General de Seguridad Social (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, o las normas que los modifiquen o sustituyan), por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez o el ente autorizado para tal fin, el asegurador se obliga a pagar el 100% del valor asegurado según los siguientes casos:

- Por toda lesión que se produzca una pérdida permanente de capacidad laboral igual o superior al 50%.
- Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos.
- Por la pérdida o inutilización total y permanente de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie.
- Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo, conjuntamente con la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie.
- Por la pérdida total e irrecuperable del habla o de la audición por ambos oídos.
- Por la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie.
- Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo.

Cualquier otra pérdida, invalidez o inutilización no descrita expresamente se indemnizará en proporción al porcentaje de pérdida de capacidad laboral que certifique la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez o por los entes autorizados en el sistema de seguridad social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación conforme a la tabla de desmembración e inutilización contenida en el numeral 4 del presente pliego (BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN).

NOTA: Para efectos de este amparo, la fecha del siniestro será la fecha de estructuración de la invalidez, según certificación de la entidad calificadora competente, independientemente de la fecha en que se emita dicha certificación.

OBSERVACIÓN No. 10:

SOBRE ACLARACIÓN DE AMPAROS: Agradecemos aclarar sí los siguientes amparos operan únicamente bajo el amparo de BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN o INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; debido a que están relacionados en los dos

amparos y en caso de darse un evento de la forma como está señalado, en caso de darse un evento, se debería pagar por los dos amparos, o aclarar que son excluyentes.

- Por toda lesión que se produzca una pérdida permanente de capacidad laboral igual o superior al 50%.
- Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos.
- Por la pérdida o inutilización total y permanente de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie.
- Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo, conjuntamente con la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie.
- Por la pérdida total e irrecuperable del habla o de la audición por ambos oídos.
- Por la pérdida o inutilización total y permanente de una mano o de un pie.
- Por la pérdida total e irrecuperable de la visión por un ojo.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 10: La entidad se permite aclarar al observante que los eventos relacionados corresponden al amparo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, de conformidad con las condiciones técnicas establecidas para la póliza de Vida Grupo.

OBSERVACIÓN No. 11:

SOBRE COBERTURAS EXCLUYENTES: Agradecemos aceptar que los amparos de BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN y INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, son excluyentes; lo anterior de conformidad con las condiciones de los contratos de las firmas reaseguradoras.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 11: No se acepta la observación y se aclara al observante que los amparos señalados son independientes y se cubren al 100% tal como lo señalan las condiciones generales obligatorias del anexo técnico obligatorio así:

CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS

4. Valores asegurados al 100% para cada uno de los amparos o coberturas, por tanto, no se aceptan propuestas de valor asegurado que establezcan “Anticipo” “avance” sublímite” o “porcentaje de” cualquier otra expresión que haga alusión a valores vinculados con otros amparos.

OBSERVACIÓN No. 12:

SOBRE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE: Agradecemos se acepte que la cobertura inicie a partir del 2do día de hospitalización, hasta 30 días por evento y que la póliza opere hasta máximo 4 eventos por vigencia.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 12: No se acepta la observación. Las modificaciones propuestas desmejoran las condiciones de aseguramiento que trae la Entidad y reducen la protección que hoy tienen los asegurados, Por lo tanto, se mantienen las condiciones establecidas en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 13:

SOBRE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE: Agradecemos se excluya eventos derivado de COVID, lo anterior de conformidad con las condiciones de los contratos de las firmas reaseguradoras.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 13: No se acepta la observación, en razón a que el anexo de condiciones técnicas del proceso contempla la cobertura de renta diaria por hospitalización derivada de enfermedad o accidente sin excluir patologías específicas. En consecuencia, la exclusión de eventos relacionados con COVID-19iría en detrimento de la cobertura integral que se pretende garantizar a los asegurados dentro del presente proceso y no resulta procedente limitar la protección requerida por la Entidad.

OBSERVACIÓN No. 14:

SOBRE ENFERMEDADES GRAVES: Gentilmente solicitamos se acepte excluir de la enfermedad CÁNCER (TODO TIPO) el CÁNCER IN SITU NO INVASIVO DE CUALQUIER ÓRGANO, dado a condiciones de los contratos de reaseguros.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 14: No se acepta la observación toda vez que el objetivo del presente proceso es garantizar al grupo asegurado una protección integral y robusta, que priorice el beneficio de los funcionarios. Para la entidad resulta indispensable mantener esta cobertura por cuanto representa eventos de impacto significativo para los asegurados y tienen implicaciones económicas, emocionales y laborales que justifican su amparo.

En consecuencia, se mantiene la cobertura de enfermedad CÁNCER (TODO TIPO) el CÁNCER IN SITU NO INVASIVO DE CUALQUIER ÓRGANO tal como se encuentra estipulado en las condiciones técnicas del proceso.

OBSERVACIÓN No. 15:

SOBRE ACEPTACIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS: Agradecemos indicar el número de personas que actualmente estén en condición de discapacidad y que pertenezcan al grupo asegurado.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 15: Respetuosamente informamos que no contamos con información actualizada sobre el número de personas en condición de discapacidad que hagan parte del grupo asegurado. No obstante, se precisa que la cobertura se encuentra establecida para su aplicación en caso de que se lleguen a incluir asegurados en dicha condición.

CONFIANZA

OBSERVACIÓN No. 1:

Solicitamos respetuosamente a la Entidad eliminar del pliego de condiciones el criterio de evaluación que otorga puntaje por contar con sucursal en TUNJA, toda vez que dicho requisito

constituye un factor de calificación de carácter territorial que limita la libre concurrencia de oferentes y genera una ventaja injustificada para aquellos proponentes que ya cuentan con presencia física en dicha ciudad.

La existencia de una sucursal en un lugar específico no constituye por sí misma un elemento que garantice una mejor ejecución del contrato ni una mayor calidad en la prestación de los servicios de seguros. Actualmente, las compañías aseguradoras cuentan con mecanismos tecnológicos, canales virtuales, líneas de atención, redes de prestadores y esquemas de atención a nivel nacional que permiten atender adecuadamente las obligaciones derivadas del contrato sin necesidad de disponer de una sucursal física en el municipio o departamento donde se ejecutará.

En consecuencia, mantener este criterio de evaluación podría vulnerar los principios de igualdad, selección objetiva, libre concurrencia y pluralidad de oferentes que rigen la contratación estatal, al establecer una condición que favorece a determinados participantes por razones de ubicación geográfica y no por aspectos relacionados con la capacidad técnica, financiera o jurídica para ejecutar el contrato.

Por lo anterior, solicitamos a la Entidad eliminar dicho factor de ponderación o, en su defecto, reemplazarlo por un criterio objetivo relacionado con la capacidad de atención y respuesta al asegurado en el territorio nacional, permitiendo así una participación más amplia y competitiva dentro del proceso de selección.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1: No se acepta la observación. La Entidad mantiene el requisito establecido en los documentos del proceso, el cual dispone expresamente lo siguiente:

“Oficina Principal y/o Sucursal en Tunja abierta con atención al público.”

La exigencia de contar con oficina principal y/o sucursal en la ciudad de TUNJA se mantiene, toda vez que dicha condición obedece a criterios de eficiencia operativa, atención oportuna y capacidad de respuesta ante los requerimientos de la Entidad.

En efecto, la presencia física del contratista o su representante en la ciudad de Tunja resulta necesaria para garantizar la adecuada gestión administrativa, técnica y documental del programa de seguros, así como la atención directa de siniestros, reclamaciones, requerimientos y demás actuaciones que exijan interacción presencial con la Gobernación de Boyacá.

Adicionalmente, este requerimiento no vulnera los principios de libre concurrencia ni de selección objetiva establecidos en la Ley 80 de 1993, toda vez que no limita la participación de oferentes, sino que busca asegurar el cumplimiento eficiente del contrato y la debida atención a los intereses de la Entidad.

La asignación del puntaje no tiene como finalidad limitar la participación de los oferentes por razones de ubicación geográfica, sino reconocer una capacidad adicional de atención presencial y respuesta inmediata en el territorio donde se desarrollará la ejecución contractual, en este sentido, el factor de ponderación se encuentra relacionado con las

necesidades particulares del objeto contractual y busca reconocer una condición adicional que puede favorecer la calidad, oportunidad y capacidad de respuesta durante la ejecución, sin que ello implique impedir la participación de compañías que no cuenten con dicha sucursal, quienes podrán presentar sus ofertas y ser evaluadas conforme a los demás criterios establecidos en el proceso.

Por lo anterior, la Entidad considera que el factor de evaluación es objetivo, verificable y pertinente frente a las necesidades de ejecución del contrato, razón por la cual no se acoge la solicitud de eliminarlo ni de sustituirlo por otro criterio.

OBSERVACIÓN No. 2:

INTERMEDIARIO

Solicitamos a la entidad indicar el porcentaje de comisión establecida para el intermediario **JAV SERVICIOS COMERCIALES.**

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 2: Se informa al oferente que la comisión correspondiente al intermediario de seguros JAV SERVICIOS COMERCIALES LTDA. será reconocida de conformidad con la costumbre comercial y en los términos establecidos en el artículo 1341 del Código de Comercio, y corresponderá al treinta por ciento sobre el valor del contrato entre la entidad y la aseguradora.

No obstante, se aclara que el porcentaje de comisión correspondiente a la labor de intermediación de seguros no constituye un costo adicional a cargo de la Entidad, sino que será reconocido por la compañía aseguradora en los términos legal y comercialmente aplicables.

OBSERVACIÓN No. 3:

FACTURACIÓN

Agradecemos a la entidad indicar correo al que se debe hacer llegar la facturación

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 3: La Entidad informa que, para efectos de la expedición y remisión de la factura electrónica correspondiente al contrato que se derive del presente proceso, el adjudicatario deberá utilizar los siguientes datos:

- Razón social: Departamento de Boyacá.
- NIT: 891800498-1.
- Correo electrónico para recepción de facturación electrónica: contabilidad@boyaca.gov.co.

La factura deberá identificar el contrato al que corresponde y cumplir los requisitos tributarios aplicables, así como las condiciones previstas en los documentos del proceso para su radicación y trámite de pago.

OBSERVACIÓN No. 4:

CADUCIDAD

Solicitamos respetuosamente a la entidad eliminar la presente cláusula, con base al artículo 14 de la ley 80 de 1993, que establece que en materia de contratación estatal, cuyo objeto es adquirir seguros, no aplican las cláusulas excepcionales al derecho común, el tenor literal es el siguiente:

PARÁGRAFO DEL ARTICULO 14 DE LA LEY 80 DE 1993: En los contratos que se celebren con personas públicas internacionales, o de cooperación, ayuda o asistencia; en los interadministrativos; en los de empréstito, donación y arrendamiento y en los contratos que tengan por objeto actividades comerciales o industriales de las entidades estatales que no correspondan a las señaladas en el numeral 2o. de este artículo, o que tengan por objeto el desarrollo directo de actividades científicas o tecnológicas, así como en los contratos de seguro tomados por las entidades estatales, se prescindirá de la utilización de las cláusulas o estipulaciones excepcionales. (Subrayado fuera de texto).

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 4: De conformidad con el parágrafo del artículo 14 de la Ley 80 de 1993, en los contratos de seguro tomados por las entidades estatales se prescindirá de la utilización de cláusulas o estipulaciones excepcionales. En consecuencia, atendiendo a la naturaleza del objeto contractual del presente proceso, se eliminarán de los documentos correspondientes las estipulaciones que contemplen facultades de interpretación, modificación y terminación unilaterales, así como la declaratoria de caducidad.

Se precisa que este ajuste no comprende las multas ni la cláusula penal pecuniaria, cuya estipulación y aplicación tienen fundamento en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, con observancia del debido proceso y del procedimiento previsto en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011.

BMI

OBSERVACIONES DE CARÁCTER JURÍDICO

OBSERVACIÓN No. 1:

1. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES (TERMINACIÓN, MODIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN UNILATERAL) Y CADUCIDAD: Comedidamente solicitamos excluir del contrato la cláusula decima cuarta, para el programa de seguros, las cláusulas excepcionales como son las de caducidad o terminación unilateral, interpretación y modificación unilateral del contrato de seguros, con fundamento en la razones de derecho y jurisprudenciales que a continuación se expresan:

PROHIBICIÓN DE LA LEY 80/93

No es procedente legalmente que las cláusulas excepcionales aparezcan en los pliegos de condiciones y en el posterior contrato de seguro, de acuerdo con lo previsto en el parágrafo del numeral 2, del artículo 14 de la Ley 80 de 1993, el cual no fue modificado por las Ley 1150 de 2007.

El artículo 14 de la Ley 80 de 1993, que no fue modificado por la Ley 1150 de 2007, regula el régimen de las cláusulas excepcionales, clasificando de manera taxativa: i) aquellos contratos en los que es obligatoria la inclusión de dichas cláusulas, ii) los contratos en donde es facultativo de la entidad y iii) contratos en donde por expresa disposición se deben excluir.

Contratos Excluidos.

Señala el citado parágrafo del artículo 14 de la ley 80 de 1993:

"En los contratos que se celebren con personas públicas internacionales, o de cooperación, ayuda o asistencia; en los interadministrativos; en los de empréstito, donación y arrendamiento y en los contratos que tengan por objeto actividades comerciales o industriales de las entidades estatales que no correspondan a las señaladas en el numeral 2o. de este artículo, o que tengan por objeto el desarrollo directo de actividades científicas o tecnológicas, así como en los contratos de seguro tomados por las entidades estatales, se prescindirá de la utilización de las cláusulas o estipulaciones excepcionales".

Como se puede observar la misma Ley 80/93 dispone que en los contratos de seguros, no es procedente la aplicación de cláusulas exorbitantes o excepcionales.

Adicional a lo anterior, es necesario advertir que conforme con lo dispuesto en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero el contenido de las pólizas debe "ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al presente Estatuto y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva". (Negrillas nuestras), y mal podrían pactarlas por cuanto resultan contrarias a disposiciones de índole legal cuya observancia es imperativa.

Esta fue la intención del legislador desde la misma creación de la norma cuando en la exposición de motivos expuesta ante el Congreso de la República y a propósito de la excepción de pactar este tipo de cláusulas señaló:

"Se trata, entonces, de aquellos contratos en que la actividad del contratista no se encuentra vinculada directamente con la prestación de un servicio público o cuando el contrato no tiene por objeto una prestación de utilidad pública. Si bien el Estado puede realizar actividades comerciales e industriales, éstas no constituyen funciones estatales strictu sensu. Los fines "específicos" del Estado no son civiles, comerciales o industriales, científicos o tecnológicos; estos últimos no constituyen fines estatales específicos, ya que habitualmente implican o representan actividades propias de los particulares. Pues bien, no se incluirán las cláusulas excepcionales al derecho común en los contratos relacionados con las actividades civiles, comerciales o industriales del Estado, tales como la mayoría de los contratos regulados por el Código Civil o Código de Comercio (comodato, transporte, cuenta corriente, corretaje, etc.).

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1: Se acepta la observación, por lo tanto serán eliminadas de la minuta contractual las cláusulas excepcionales o exorbitantes.

OBSERVACIÓN No. 2:

2. LO DISPUESTO POR LA JURISPRUDENCIA

La propia jurisdicción de lo contencioso Administrativo y el Ministerio Público en cabeza de la Procuraduría General de la Nación se han referido a este tema en el sentido que aquí se expone.

El Honorable Consejo de Estado, sección tercera, mediante sentencia No Radicación 30832 de noviembre 30 de 2006, Magistrado Ponente Doctor Alier Eduardo Hernández Enríquez, manifiesta que no es posible legalmente pactar cláusulas exorbitantes o excepcionales en los cuales la ley no autoriza la inclusión de dichas cláusulas, como lo es el contrato de seguros que celebran las Entidades Estatales para asegurar sus propios bienes y demás intereses patrimoniales.

De otra parte, con base en los fundamentos aquí explicados, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, declaró la nulidad de actos administrativos proferidos por entidades públicas en ejercicio de facultades exorbitantes, sustentando la falta de competencia funcional para pactar y proferir este tipo de decisiones en un contrato de seguros.
De otro lado la Procuraduría General de la Nación en su papel de Ministerio Público ha recogido la misma tesis solicitando la nulidad de actos que aplican facultades excepcionales. Sobre el particular la Procuraduría ha afirmado:

"Como ya se anticipó, esta Delegada, solicitará la confirmación del fallo impugnado, en atención a que encuentra demostrado el vicio de falsa motivación e incompetencia de la E.P.S. Convida para decretar mediante los actos administrativos hoy atacados la caducidad de los contratos celebrados, en virtud de que la inclusión de dicha estipulación está prohibida en los contratos de seguro tomados por las entidades estatales conforme al parágrafo del artículo 14 del estatuto contractual, lo que conllevará la anulación de los actos atacados y por lo cual este despacho no ve la necesidad de estudiar los demás cargos anulatorios estimados por la demandante."

Esta fue la intención del legislador desde la misma creación de la norma cuando en la exposición de motivos expuesta ante el Congreso de la República y a propósito de la excepción de pactar este tipo de cláusulas señaló:

Conclusión

Por lo expuesto consideramos que las cláusulas excepcionales contenidas en el contrato deben ser excluidas (toda vez que la ley no puede ser interpretada más allá de su tenor literal), y el pacto de este tipo de cláusulas en un contrato de seguros desnaturaliza no solo el objeto del contrato de seguros, sino que atenta contra la libertad de contratación propia del Código de Comercio tratándose de este tipo de contratos.

Esta potestad de la inclusión de las cláusulas excepcionales en los contratos de seguros, no está consagrada por la ley, por el contrario, está prohibida y por lo tanto no puede ejercerse arbitraria o caprichosamente por determinada entidad del Estado. Es más tampoco se puede pactar, recurriendo al convenio voluntario de las partes; situación que tampoco es procedente por expresa prohibición legal.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 2: Se acepta la observación, por lo tanto serán eliminadas de la minuta contractual las cláusulas excepcionales o exorbitantes.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

OBSERVACIÓN No. 3:

Se solicita amablemente a la entidad modificar el *numeral 5 "Responder a las consultas efectuadas por el Departamento de Boyacá y/o su asesor de seguros, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de recibo de la solicitud"* otorgar cinco días (5) hábiles en aras de brindar una respuesta oportuna a la entidad.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 3: No se acepta la observación atendiendo a la necesidad de la Gobernación de Boyacá, considerando que las consultas deben ser atendidas en el momento adecuado, conveniente o propició, tal como describe el observante al referirse a "respuesta oportuna"

OBSERVACIONES CARÁCTER TÉCNICO

OBSERVACIÓN No. 4:

1. Solicitamos amablemente a la entidad remitir el listado de asegurados, incluyendo la fecha de nacimiento de cada uno de ellos, con el fin de realizar una adecuada evaluación del riesgo.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 4: No se acepta la observación, toda vez que la información solicitada contiene datos personales de los servidores de la entidad y, por su carácter sensible, no puede ser divulgada en esta etapa del proceso. Dicha información se suministrará únicamente a la compañía de seguros que resulte adjudicataria.

OBSERVACIÓN No. 5:

2. Se solicita a la entidad evaluar la posibilidad de ampliar el período de carencia de la cobertura de enfermedades graves a sesenta (60) días.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 5: No se acepta la observación. Ampliar el periodo de carencia del amparo de enfermedades graves va en detrimento de las condiciones asegurables con las que hoy cuenta la entidad además de que significa una desmejora de las condiciones actuales. Por lo anterior se mantiene lo establecido en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 6:

3. Se solicita a la entidad aclarar el alcance, condiciones, límites y territorios de aplicación de la cobertura en el exterior requerida dentro del presente proceso.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 6: Se acepta la observación y se realiza ajuste en texto de condiciones técnicas de la siguiente manera:

CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS

24. Cobertura en el exterior para todos y cada uno de los amparos, durante la vigencia de la póliza.

OBSERVACIÓN No. 7:

4. Se solicita a la entidad evaluar la posibilidad de reducir el valor asegurado correspondiente a la cobertura de Gastos Médicos por Accidente, con el fin de propender por condiciones más favorables de aseguramiento.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 7: No se acepta la observación. Las modificaciones propuestas solicitadas desmejoran las condiciones de aseguramiento de la Entidad y reducen la protección que hoy tienen los asegurados, Por lo tanto, se mantienen las condiciones establecidas en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 8:

5. Solicitamos amablemente a la entidad publicar la información de siniestralidad de los últimos cinco (5) amparo afectado, siniestros pagados y reservas.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 8: Se aclara al interesado que las certificaciones de siniestralidad con las que cuenta la entidad se encuentran cargadas dentro del proceso en la plataforma SECOP II por lo que se invita al interesado para que sean consultadas.

OBSERVACIÓN No. 9:

6. Solicitamos amablemente a la entidad confirmar si el presente proceso se encuentra sujeto al pago de estampillas municipales, indicando los porcentajes aplicables y la respectiva base de liquidación.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 9: La Entidad informa que las estampillas y demás descuentos aplicables al contrato derivado del presente proceso corresponden a los señalados en la certificación expedida el 4 de noviembre de 2026, suscrita por CARLOS IVÁN LÓPEZ CÁRDENAS, Subdirector de Contabilidad del Departamento de Boyacá.
Dicha certificación se adjunta a la presente respuesta para conocimiento de los interesados y deberá ser tenida en cuenta en la estructuración de sus propuestas económicas.

OBSERVACIÓN No. 10:

7. Solicitamos amablemente a la entidad confirmar si existe porcentaje de comisión intermediación al presente proceso y, de ser así, informar el porcentaje correspondiente.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 10: Se informa al oferente que la comisión correspondiente al intermediario de seguros JAV SERVICIOS COMERCIALES LTDA. será reconocida de conformidad con la costumbre comercial y en los términos establecidos en el artículo 1341 del Código de Comercio, y corresponderá al treinta por ciento sobre el valor del contrato entre la entidad y la aseguradora.

No obstante se aclara que el porcentaje de comisión correspondiente a la labor de intermediación de seguros no constituye un costo adicional a cargo de la Entidad, sino que será reconocido por la compañía aseguradora en los términos legal y comercialmente aplicables.

OBSERVACIÓN No. 11:

8. Agradecemos a la entidad informar la aseguradora que actualmente tiene adjudicado el programa de seguros e indicar la vigencia de las pólizas actualmente contratadas.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 11: Se informa al observante que la aseguradora que actualmente tiene adjudicado el programa de seguros de la Entidad es SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

Así mismo, se aclara que las pólizas actualmente contratadas tienen una vigencia de cuatrocientos dos (402) días, con fecha de vencimiento el dieciséis (16) de noviembre de 2026 a las 24:00 horas.

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

OBSERVACIÓN No. 1:

1. Con respecto al INDICADOR DE EXCESO O DEFECTO DE PATRIMONIO que indica: "*Para el presente proceso, la verificación del Exceso o Defecto de Patrimonio se realizará a través de CERTIFICACIÓN SUSCRITA POR EL REVISOR FISCAL, con corte al ultimo trimestre reportado oficialmente a la Superintendencia Financiera de Colombia previo a la fecha de cierre de la presente invitación, atendiendo que es un indicador adicional que no se encuentra establecido en el RUP"* solicitamos que este pueda acreditarse como el resto de indicadores al 31 de diciembre de 2025, de modo que haya igualdad de parámetros de información para la revisión de indicadores financieros.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1: No se acepta la observación. El indicador de exceso o defecto de patrimonio no hace parte de la información financiera que se registra en el RUP. Es un indicador regulatorio propio de las compañías aseguradoras, que la Superintendencia Financiera de Colombia supervisa de forma periódica para verificar que cada compañía cuente con el patrimonio adecuado para respaldar los riesgos que asume.

Por esa razón, la entidad requiere el dato más reciente reportado oficialmente ante la Superintendencia Financiera, de manera que la evaluación refleje la solidez patrimonial real del oferente al momento de presentar su propuesta, y no la que tenía varios meses atrás. Esto resulta especialmente relevante teniendo en cuenta que el oferente adjudicatario respaldará los riesgos de la entidad durante toda la vigencia del contrato.

Así mismo, la exigencia no genera desigualdad entre los oferentes, ya que todos deben acreditar el indicador con el mismo corte, es decir, el último trimestre reportado ante la Superintendencia Financiera antes del cierre del proceso. Además, se trata de información

que las aseguradoras reportan de forma obligatoria y periódica, por lo que cuentan con ella sin necesidad de trámites adicionales.

En consecuencia, se mantiene lo establecido en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 2:

2. Con relación al numeral 6.1.18. Garantía de seriedad de la oferta que se menciona en los estudios previos página 64 y 5.115 GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA de la página 19 del proyecto de pliegos, que indica que el valor asegurado será del 15%, solicitamos muy respetuosamente que esta pueda solicitarse por el 10% como valor asegurado, ya que consideramos que con este porcentaje se brinda un aseguramiento adecuado que respalda la oferta.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 2: No se acepta la observación. De conformidad con el artículo 2.2.1.2.3.1.6 del Decreto 1082 de 2015, el porcentaje mínimo asegurado será del 10% sin haber un limitante que establezca un porcentaje superior. Por lo anterior, el aseguramiento adecuado lo establece la entidad de acuerdo a la necesidad y condiciones del proceso.

OBSERVACIÓN No. 3:

3. Tratándose de las CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA.- MULTAS y CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA.- PENAL PECUNIARIA de la página 56, si bien es cierto que estas son comunes los contratos privados, también lo es que para los contratos de seguros (Pólizas) y conforme a las normas que regulan esta materia (Libro Cuarto – Título V – CONTRATO DE SEGURO del Código de Comercio) tampoco es viable su aplicación. Amablemente agradecemos excluir de forma completa las cláusulas: MULTAS Y PENAL PECUNIARIA de la Minuta del contrato.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 3: Se acepta la observación, por lo tanto serán eliminadas de la minuta contractual las cláusulas excepcionales o exorbitantes.

OBSERVACIONES DE ORDEN TÉCNICO

OBSERVACIÓN No. 4:

1. Solicitamos confirmar la fecha de inicio y fin de vigencia de las pólizas con horas.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 4: La Entidad se permite informar al interesado que la vigencia técnica de las pólizas objeto del presente contrato inicia el dieciséis (16) de noviembre de 2026 a las 24:00 horas, por un término mínimo de trescientos sesenta y cinco (365) días y/o hasta la máxima vigencia ofrecida por el proponente de acuerdo con las condiciones establecidas en el proceso.

OBSERVACIÓN No. 5:

2. Agradecemos confirmar el porcentaje de impuestos (estampillas) y contribuciones aplicables al contrato derivado del presente proceso.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 5: Se informa que el dentro de la plataforma SECOP II se publicará en anexo de certificación de retención y descuentos 2026.

Del ANEXO DE CONDICIONES OBLIGATORIAS

SEGURO VIDA GRUPO FUNCIONARIOS

OBSERVACIÓN No. 6:

3. Siendo una póliza Vida grupo amablemente solicitamos aclarar que los GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD opera únicamente por reembolso

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 6: Se aclara al observador que el reembolso solo aplica en casos donde el asegurador no tenga red o se generen gastos farmacéuticos, No obstante, se precisa que la atención directa será siempre la modalidad prioritaria, tal como se estipulo en las condiciones técnicas del presente proceso.

OBSERVACIÓN No. 7:

4. ENFERMEDADES GRAVES: Agradecemos indicar cómo aplica, ¿anticipo 50% del amparo básico? o ¿adicional 50% del amparo básico?

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 7: Se aclara al observante que el amparo de enfermedades graves está configurado como un amparo autónomo, con suma asegurada propia, sin afectar el amparo básico, tal y como lo menciona la siguiente cláusula:

CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS

(...)

4. Valores asegurados al 100% para cada uno de los amparos o coberturas, por tanto, no se aceptan propuestas de valor asegurado que establezcan “Anticipo” “avance” sublímite” o “porcentaje de” cualquier otra expresión que haga alusión a valores vinculados con otros amparos.

OBSERVACIÓN No. 8:

5. cobertura para VIH o SIDA, ¿en que amparo se da la cobertura y cual es su valor asegurado?

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 8: Amablemente nos permitimos precisar que la cobertura para VIH o SIDA se encuentra contemplada dentro del amparo de Enfermedades Graves. Conforme a lo establecido en las condiciones técnicas, dicha cobertura aplica siempre y cuando el diagnóstico se realice transcurridos 120 días de ingreso del asegurado

a la póliza. El valor asegurado corresponderá al definido para la cobertura de Enfermedades Graves.

OBSERVACIÓN No. 9:

6. Por favor indicar el número de asegurados de la póliza de Vida Grupo y publicar el listado de asegurados.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 9: No se acepta la observación, toda vez que la información solicitada contiene datos personales de los servidores de la entidad y, por su carácter sensible, no puede ser divulgada en esta etapa del proceso. Dicha información se suministrará únicamente a la compañía de seguros que resulte adjudicataria.

PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS

OBSERVACIÓN No. 1:

1.CERTIFICADO MUJERES

Respetuosamente solicitamos a la entidad permitir que la información requerida en el Anexo 6 pueda ser presentada mediante formato propio del proponente, siempre que contenga la totalidad de la información exigida y cumpla con las condiciones establecidas en el pliego de condiciones.

Lo anterior, en atención al principio de selección objetiva y con el fin de garantizar una mayor participación de oferentes, evitando limitar la presentación de documentos a un formato predeterminado cuando el contenido solicitado puede acreditarse de manera equivalente y suficiente mediante formatos institucionales de cada compañía.

Por lo anterior, agradecemos a la entidad aceptar la presentación del Anexo 6 en formato propio, conservando íntegramente la información y manifestaciones requeridas.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1: No se acepta la observación, toda vez que el diligenciamiento del ANEXO N.° 6 “ANEXO 6 FORMATO – ACREDITACIÓN DE EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES (PERSONA JURÍDICA” no impone al proponente una carga adicional o diferente a la que tendría que asumir mediante la presentación de un documento en formato libre. Por el contrario, el formato establecido por la Entidad permite facilitar la verificación objetiva, homogénea y uniforme de la información aportada por los oferentes.
En consecuencia, se mantiene la exigencia de acreditar el criterio “Apoyo a emprendimientos y empresas de mujeres y/o de jóvenes egresados del sistema de protección del ICBF” mediante el ANEXO 6 establecido por la Entidad para tal fin, acompañado de los respectivos documentos soporte exigidos en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 2:

2. INICIO VIGENCIA

VIGENCIA TÉCNICA DE LAS PÓLIZAS: La vigencia de las pólizas será por un término de TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) días, más los días adicionales que otorgue el proponente en el factor ponderable, contados a partir del vencimiento de las actuales pólizas, es decir, a partir del 16 de noviembre del 2026 a las 24:00 horas.

En nuestro interés de participar en el presente proceso y propender por la seguridad jurídica y técnica de la futura contratación, solicitamos respetuosamente a la Entidad revisar la vigencia técnica exigida para las pólizas. Actualmente, la fecha programada para la adjudicación es posterior al inicio de vigencia de las pólizas, situación que genera una imposibilidad legal de cumplimiento y expone a la Entidad a un grave escenario de desprotección bajo las razones técnico-jurídicas que se exponen a continuación:

• Riesgo Inminente de Desprotección y Pérdida de Cobertura: De conformidad con el artículo 1054 del Código de Comercio, el riesgo asegurable debe ser incierto y futuro. En consecuencia, establecer la vigencia de una póliza con efectos retroactivos puede comprometer la efectividad de la cobertura, dado que la aseguradora podría objetar el reconocimiento de siniestros ocurridos durante el periodo anterior a la adjudicación, al tratarse de hechos cuya ocurrencia ya se habría materializado

• Vulneración a la Normativa de Contratación Estatal ("Hechos Cumplidos"): Exigir amparos con vigencia anterior a la existencia del vínculo contractual puede contravenir los principios de planeación y legalidad que rigen la contratación estatal. Asimismo, establecer vigencias retroactivas podría generar cuestionamientos por parte de los organismos de control, en la medida en que implique respaldar situaciones anteriores a la constitución de las obligaciones contractuales, con posibles repercusiones en la transparencia del proceso y la legalidad de la gestión de los recursos públicos.

• Límites de la Autonomía de la Voluntad: Si bien el pliego de condiciones es ley para las partes, la jurisprudencia colombiana es clara en señalar que la administración no puede, mediante la autonomía de su voluntad, obligar a los proponentes a transgredir normas imperativas del Código de Comercio, ni forzar a las aseguradoras a incurrir en prácticas prohibidas por su ente regulador.
• Posición Vinculante de la Superintendencia Financiera de Colombia: No se trata de un criterio subjetivo del mercado, sino de un mandato expreso de la autoridad de supervisión. Mediante el radicado número 2026183833-002-000 del 28 de septiembre de 2026, la Superfinanciera determinó de forma categórica la ilegalidad de esta práctica:

"(...) por el lapso de la vigencia correspondiente a dicha retroactividad no se podría establecer la existencia de riesgo asegurable, elemento de la esencia del contrato de seguro (...) no resulta legalmente posible en estos casos, que las compañías de seguros expidan pólizas cuya vigencia se inicie con anterioridad a la fecha del perfeccionamiento del contrato."

Con el propósito de blindar el proceso de futuras nulidades, asegurar la libre concurrencia de oferentes, garantizar la viabilidad técnica de las ofertas y salvaguardar los principios de planeación y selección objetiva, solicitamos amablemente a la Entidad:

Ajustar el cronograma del proceso para que la adjudicación y el perfeccionamiento del contrato se produzcan de manera previa al inicio de la vigencia de las pólizas, o en su defecto;

Modificar la fecha de inicio de vigencia de las pólizas en el pliego de condiciones, estableciendo que esta iniciará a partir de la adjudicación o el perfeccionamiento del contrato.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 2: No es posible acoger la observación toda vez que si bien los proceso de contratación pública tienen unos cronogramas para la adjudicación de procesos, estos pueden surtir cambios en el tiempo, sin embargo el asegurado no puede ser afectado por este tipo de situaciones toda vez que en razón a traer una póliza con varios años de cobertura se adquiere el derecho de continuidad donde la misma superintendencia financiera de colombia ha señalado que las condiciones de continuidad (reconocimiento de antigüedad, preexistencias ya cubiertas, etc.) deben respetarse estrictamente conforme a las condiciones ofrecidas y aceptadas, sin que la aseguradora pueda modificar desmedidamente el riesgo amparado de forma retroactiva.

OBSERVACIÓN No. 3:

SINIESTRALIDAD: Agradecemos el suministro de la información detallada de la siniestralidad de los últimos 5 años detallando amparo afectado, número del siniestro (cuando aplique), valor reclamado, valor indemnizado, reserva, fecha de aviso y fecha de ocurrencia o de reclamación.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 3: Se aclara al interesado que las certificaciones de siniestralidad con las que cuenta la entidad se encuentran cargadas dentro de los documentos del proceso en la plataforma SECOP II por lo que se invita al interesado para que sean consultadas.

OBSERVACIONES AL ANEXO TÉCNICO DE CONDICIONES

OBSERVACIÓN No. 4:

PÓLIZA DE VIDA GRUPO
Respetuosamente solicitamos informar, si en el grupo Asegurado hay personas mayores de 70 años y en ese caso informar cuántas personas.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 4: No se acepta la observación, toda vez que la información solicitada contiene datos personales de los servidores de la entidad y, por su carácter sensible, no puede ser divulgada en esta etapa del proceso. Dicha información se suministrará únicamente a la compañía de seguros que resulte adjudicataria.

OBSERVACIÓN No. 5:

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Respecto del amparo de Renta Diaria por Hospitalización, solicitamos respetuosamente a la entidad indicar de manera expresa el límite máximo de días de cobertura por evento, toda vez que dicha información resulta necesaria para la adecuada estructuración técnica y

económica de la oferta, así como para la correcta determinación del alcance del riesgo a asumir por los proponentes.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 5: La Entidad aclara que el amparo de Renta Diaria por Hospitalización no tiene un límite de días por evento. El único límite es el que fijan las condiciones técnicas: un máximo de 120 días de renta en total por vigencia para cada asegurado.

Es decir cada asegurado puede tener uno o varios eventos de hospitalización durante la vigencia. Los días de renta pagados en todos esos eventos se suman, y el total no puede superar los 120 días. Por lo tanto:

- Si un asegurado tiene un solo evento, este puede cubrirse hasta por 120 días de renta.
- Si tiene varios eventos, los días se distribuyen entre ellos según la duración real de cada hospitalización, sin superar en total los 120 días de renta por vigencia.

El valor diario de la renta se encuentra establecido en las condiciones técnicas del pliego.

Con esta información, los proponentes pueden determinar el alcance máximo del riesgo y estructurar su oferta.

CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS

OBSERVACIÓN No. 6:

CLÁUSULA DE MUERTE PRESUNTA POR DESAPARICIÓN
"Agradecemos ajustar la cláusula con el fin de establecer expresamente que la indemnización derivada de la muerte presunta por desaparecimiento solo podrá ser objeto de análisis y eventual pago con fundamento en la fecha de fallecimiento que sea determinada por la autoridad judicial competente en la correspondiente sentencia ejecutoriada. Lo anterior, en consideración a que la sola presentación o admisión de la demanda no otorga certeza jurídica sobre la ocurrencia del siniestro ni sobre la fecha en que este deba entenderse acaecido. De igual forma, si bien la caución prevista en el artículo 1145 del Código de Comercio tiene por objeto garantizar la restitución de las sumas pagadas en caso de reaparición de la persona declarada presuntamente fallecida, dicha garantía no protege a la aseguradora frente a pagos realizados cuando la situación jurídica aún no ha sido definida de manera definitiva por la autoridad competente.

En ese sentido, solicitamos respetuosamente que el reconocimiento y pago de la indemnización quede condicionado a la existencia de una sentencia debidamente ejecutoriada que declare la muerte presunta y establezca la fecha legal del fallecimiento, toda vez que la obligación indemnizatoria debe sustentarse en un hecho cierto, determinado y jurídicamente consolidado, y no sobre una mera expectativa o situación aún pendiente de definición judicial.

En caso de que esta observación no sea acogida, agradeceríamos precisar expresamente cuál será la fecha que la aseguradora deberá considerar para efectos de determinar la ocurrencia del siniestro y la procedencia de la cobertura. En particular, solicitamos indicar si deberá atenderse a (i) la fecha de desaparición de la persona, (ii) la fecha de admisión de la demanda de declaración de muerte presunta, (iii) la fecha en que legalmente se configura la

presunción de muerte por desaparecimiento, esto es, transcurridos dos (2) años desde las últimas noticias de la persona o cinco (5) años en los casos previstos para eventos catastróficos, o (iv) la fecha de fallecimiento que finalmente sea fijada por el juez en la correspondiente sentencia. La definición de este aspecto resulta fundamental para la adecuada delimitación del riesgo asegurado, la determinación de la vigencia afectada y la correcta aplicación de las condiciones de cobertura."

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 6: No es posible aceptar la observación toda vez que la misma condición tiene carga de responsabilidad para los posibles beneficiarios conforme a los artículos citados, de tal manera que supone el cumplimiento de requisitos para acceder a una posible indemnización.

En este orden de ideas, el asegurador deberá tener en cuenta los dos (2) años de la fecha de conocimiento de la desaparición la cual deberá estar sustentada ante autoridad competente; la fecha de la demanda será la fecha de aceptación de la misma por parte de autoridad competente y posterior a ello el cumplimiento de la caución, lo que impone al beneficiario una serie de pasos para que el asegurador inicie su proceso indemnizatorio.

OBSERVACIÓN No. 7:

"Agradecemos informar si dentro del grupo asegurable existen personas reportadas como desaparecidas."

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 7: La Entidad se permite informar al observante que, a la fecha de emisión de la presente respuesta, no tiene conocimiento de funcionarios pertenecientes al grupo asegurable que hayan sido reportados en condición de desaparecidos.

OBSERVACIÓN No. 8:

Para el ramo de Vida Grupo INFORMACIÓN DE ASEGURADOS – OBLIGACIONES DEL RUS: Respetuosamente solicitamos que, una vez adjudicado el negocio, se remita al adjudicatario archivo que contenga como mínimo: "Nombre completo, cédula de ciudadanía, número de identificación, fecha de nacimiento, lo anterior con el fin de dar cumplimiento a lo establecido el Artículo 78 de la ley 1328 de 2009 y el Decreto 2775 del 2010 las cuales crearon y reglamentaron lo relacionado con el Registro Único de Seguros - RUS".

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 8: Se acepta la observación y se informa al observante que, una vez adjudicado el proceso, la Entidad suministrará al adjudicatario la información de los asegurados que resulte necesaria para la expedición, administración y manejo de la póliza de Vida Grupo.

La información será suministrada al adjudicatario en los términos y condiciones correspondientes, atendiendo las disposiciones aplicables en materia de protección y tratamiento de datos personales.

POSITIVA - SEGUNDA PARTE

OBSERVACIÓN No. 1:

HABEAS DATA-PEPS/ SARLAFT

1. Por favor, confirmar si el Municipio aportará dentro de los documentos de expedición a la compañía que se adjudique el proceso el Formulario Aviso de privacidad. Autorización Tratamiento de Datos, de acuerdo con la Legislación Colombiana, Artículo 3 de la ley 1266 de 2008 y artículo 3 de la ley 1581 de 2012. Dicho formulario será remitido por la compañía de seguros.

Por favor, se solicita confirmar que, dentro de los documentos de expedición a la compañía adjudicataria del proceso, el Municipio de Boyacá incluya el SARLAFT Simplificado, conforme a lo establecido en la Circular Básica Jurídica (C.E. 029 de 2014), Parte I, Título IV, Capítulo IV — Instrucciones relativas a la administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva – SARLAFT/FPADM—, así como en todas aquellas normas que la adicionen, modifiquen, sustituyan o deroguem, a través de las cuales se establecen los criterios y parámetros mínimos exigidos para el diseño e implementación del SARLAFT/FPADM.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1: Se informa al oferente que no es procedente acceder a la solicitud presentada. El diligenciamiento y suministro de los documentos requeridos dentro del marco del SARLAFT/FPADM corresponde de manera exclusiva a la compañía aseguradora, en cumplimiento de lo establecido en la Circular Básica Jurídica (C.E. 029 de 2014) y demás disposiciones que la adicionen, modifiquen o sustituyan. En tal sentido, la Entidad no asume el compromiso de adelantar dicho trámite, toda vez que se trata de una obligación legal propia de la aseguradora para la debida expedición de la póliza. No obstante, se aclara que la entidad está dispuesta a diligenciar El SARLAFT si así lo requiere el adjudicatario del proceso siempre y cuando dicho diligenciamiento no sea realizado directamente por el Representante Legal o gerente de la Entidad, sino por el funcionario competente designado para tales efectos dentro del área de contratación, quien actuará en representación de la Entidad para estos fines específicos.

APORTES PARAFISCALES EN FORMATO DE ASEGURADORA

OBSERVACIÓN No. 2:

2. Respecto al punto ANEXO 2.13. PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 50 DE LA LEY 789 DE 2002 PERSONA JURÍDICA informamos que la Compañía cuenta con Revisoría Fiscal, razón por la cual solicitamos muy respetuosamente permitirnos presentar el certificado de Paz y Salvo de Aportes Parafiscales en el formato propio que expide nuestro revisor fiscal, el cual cumple con los diferentes aspectos indicados en el formato propuesto.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 2: Se acepta la observación y se ajusta en pliego de condiciones mediante NOTA así:

NOTA: Para acreditar este requisito se permite la presentación de Certificación de pagos de

seguridad social y aportes legales en formato libre de cada oferente, siempre y cuando este formato contenga toda la información requerida en el pliego de condiciones.

VIGENCIA

OBSERVACIÓN No. 3:

3. Se solicita respetuosamente aclarar las fechas de inicio y fin de vigencia.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 3: La Entidad se permite informar al interesado que la vigencia de las pólizas objeto del presente proceso inicia el dieciséis (16) de noviembre de 2026 a las 24:00 horas, por un término mínimo de trescientos sesenta y cinco (365) días y/o hasta la máxima vigencia ofrecida por el proponente de acuerdo con las condiciones establecidas en el proceso

IMPUESTOS Y ESTAMPILLAS

OBSERVACIÓN No. 4:

4. Se solicita informar de manera detallada las estampillas, impuestos, tasas, contribuciones, retenciones y demás gravámenes que deberán ser asumidos por el eventual contratista con ocasión de la suscripción, legalización, ejecución y liquidación del contrato. Asimismo, se solicita indicar el porcentaje aplicable a cada uno de estos conceptos, con el fin de tenerlos en cuenta en el cálculo y estructuración de la propuesta económica.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 4: Se informa que el dentro de la plataforma SECOP II se publicará en anexo de certificación de retención y descuentos 2026.

PLIEGOS Y DOCUMENTOS EN ARCHIVOS EDITABLES

OBSERVACIÓN No. 5

5.Con el objetivo de presentar la oferta y no incurrir en errores, agradecemos suministrar de manera editable (Word y/o Excel) el pliego de condiciones definitivo, las condiciones técnicas obligatorias, condiciones técnicas complementarias y anexos. Y enviarlas al siguiente correo danyela.nino@positiva.gov.co.

RESPUESTA OBSERVACION No. 5: No se acepta,el diligenciamiento de las ofertas será responsabilidad de cada oferente de acuerdo a los formatos aportados por la entidad dentro de la plataforma SECOP II.

OBSERVACIÓN No. 6:

CORREO ELECTRÓNICO PARA FACTURACIÓN.
6.Agradecemos indicar el correo electrónico de facturación electrónica.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 6:

La Entidad informa que, para efectos de la expedición y remisión de la factura electrónica correspondiente al contrato que se derive del presente proceso, el adjudicatario deberá utilizar los siguientes datos:

- Razón social: Departamento de Boyacá.
- NIT: 891800498-1.
- Correo electrónico para recepción de facturación electrónica: contabilidad@boyaca.gov.co.

La factura deberá identificar el contrato al que corresponde y cumplir los requisitos tributarios aplicables, así como las condiciones previstas en los documentos del proceso para su radicación y trámite de pago.

OBSERVACIÓN No. 7:

NÚMERO Y LISTADO DE ASEGURADOS
7. Se solicita a la entidad de forma respetuosa suministrar el número de los asegurados que conformarán el grupo asegurable.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 7: Se aclara al oferente que el número total de asegurados objeto del presente proceso corresponde a mil doscientos noventa y nueve (1.299) asegurados. No obstante, si al momento de la emisión de la póliza el listado de asegurados no contiene la totalidad de los asegurados previstos, los asegurados pendientes de inclusión serán reportados e incorporados de manera progresiva, de acuerdo con las solicitudes y necesidades de la Entidad, conforme a las condiciones establecidas en el proceso.

En consecuencia, los oferentes deberán tener en cuenta esta cantidad para la elaboración y presentación de su oferta económica, el cual se incluye en el Anexo de Condiciones Técnicas así:

ANEXO
CONDICIONES Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OBLIGATORIAS
SEGURO DE VIDA GRUPO

2. SEGURO VIDA GRUPO FUNCIONARIOS

(...)
TOTAL DE ASEGURADOS: MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE (1299).

OBSERVACIÓN No. 8:

CONTINUIDAD DE COBERTURA

8. Por favor informar si tienen póliza vigente y solicitan continuidad de esta. En caso positivo, por favor detallar las condiciones actuales para respetar el contrato, en términos de cobertura, edades, extra-primas, limitaciones de cobertura. Respecto de la continuidad de cobertura, agradecemos indicar que a la compañía seleccionada se suministrará las condiciones en las cuales se encuentran asegurados en la compañía actual y se suministrará copias de las declaraciones de asegurabilidad como vienen en la compañía actual. En caso de no tener

póliza vigente o continuidad se aplicarán los requisitos de asegurabilidad vigentes en la compañía (Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad).

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 8: Se informa al interesado que actualmente la Entidad cuenta con una póliza vigente y si se requiere continuidad la cual deberá otorgarse de conformidad con las condiciones técnicas establecidas por la Entidad, por lo que el oferente deberá considerar la totalidad de las coberturas, condiciones y requisitos allí establecidos para la presentación de su oferta y la posterior prestación del servicio.

En consecuencia, las coberturas deberán mantenerse y otorgarse en los términos establecidos en los documentos del proceso.

OBSERVACIÓN No. 9:

SINIESTRALIDAD
9. Por favor, informar la siniestralidad de los últimos 5 años, detallada, fecha siniestra, valor pagado o en reserva, amparo afectado, causa en lo que corresponde al ramo de Vida y Accidentes personales.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 9: Se aclara al interesado que las certificaciones de siniestralidad con las que cuenta la entidad se encuentran cargadas dentro de los documentos del proceso en la plataforma SECOP II por lo que se invita al interesado para que sean consultadas.

AMPAROS OBLIGATORIOS

OBSERVACIÓN No. 10:

MUERTE ACCIDENTAL y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN
10.Se sugiere a la entidad por favor, unificar los amparos a BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL, en tanto, que estos eventos están correlacionados e indemnizado el 100% y les corresponde un valor asegurado único.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 10: No se acepta la observación toda vez que cada una de las coberturas siendo complementarias a la vez llevan direccionamiento a eventos diferentes que deben ser cubiertos de manera directa y específica.

OBSERVACIÓN No. 11:

BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN
11. NOTA: En caso de configurarse un INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE a causa de una desmembración o inutilización de acuerdo con el presente amparo el asegurador se obliga a pagar la invalidez de acuerdo con el numeral 2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ, POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE e indemnizara en adición a dicho item el 50% de la suma asegurada por BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN. De acuerdo a la nota agradecemos a la entidad excluir esta debido a que se estaría indemnizando al 150% y una vez configurada la invalides el valor máximo a indemnizar es del 100%.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 11: No se acepta la observación. La entidad mantiene lo dispuesto en el pliego en relación con la cobertura de Beneficios por Desmembración e Inutilización. La nota incluida tiene como propósito ampliar la protección en favor de los asegurados, de manera que, en los casos en que una desmembración o inutilización derive en una Invalidez Total y Permanente, además de la indemnización correspondiente a este amparo, se reconozca un beneficio adicional equivalente al 50% de la suma asegurada por el concepto de desmembración. En este sentido, la intención de la entidad es garantizar un mayor respaldo económico al asegurado y a sus beneficiarios en eventos de mayor gravedad, por lo cual no se acepta la modificación solicitada.

OBSERVACIÓN No. 12:

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
12. Se solicita a la entidad incluir el deducible mínimo de dos (2) días. DEDUCIBLE: es el tiempo que será asumido por el asegurado de la reclamación al presentarse una hospitalización o reingreso hospitalario.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 12: No se acepta la observación, toda vez que se está buscando robustecer y mejorar el programa en beneficio de los asegurado, por lo cual, para este ramo no se acepta la aplicación de deducibles.

OBSERVACIÓN No. 13:

13. Se solicita a la entidad modificar la ocurrencia máxima sin exceder de cuarenta y cinco (45) días al año por uno o varios eventos, después de aplicado el deducible.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 13: No se acepta la observación. Las modificaciones propuestas solicitadas desmejoran las condiciones de aseguramiento de la Entidad y reducen la protección que hoy tienen los asegurados, Por lo tanto, se mantienen las condiciones establecidas en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 14:

14. Se solicita a la entidad por favor incluir a la cobertura “unidad de cuidados intensivos (UCI)” después de aplicado el deducible.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 14: No se acepta la observación, toda vez que se está buscando robustecer y mejorar el programa en beneficio de los asegurados, por lo cual, para este ramo no se acepta la aplicación de deducibles.

OBSERVACIÓN No. 15:

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD
15. Se sugiere a la entidad incluir en la condición “Se incluyen Los gastos derivados de ataques de terceros con armas de fuego, cortantes o punzantes” siempre y cuando el afectado sea sujeto pasivo.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 15: No se acepta la observación. La inclusión de la condición según la cual la cobertura opere únicamente cuando el asegurado tenga la calidad de sujeto pasivo introduce un elemento de interpretación subjetiva que puede dar lugar a controversias en la determinación del siniestro, afectando la claridad y aplicabilidad del amparo.

Adicionalmente, dicha limitación restringe el alcance de la cobertura frente a eventos reales en los cuales el asegurado pueda verse afectado por el uso de armas, independientemente de las circunstancias particulares en que ocurran los hechos.

En este sentido, la Entidad considera necesario mantener una redacción objetiva que garantice la protección efectiva del asegurado frente a este tipo de riesgos, sin condicionamientos que puedan generar ambigüedad o limitar la cobertura.

Por lo anterior, se mantienen las condiciones establecidas en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 16:

ENFERMEDADES GRAVES
16. Se solicita a la entidad nos informe si el amparo se indemnizará como anticipo del básico o pago adicional.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 16: Se aclara al observante que el amparo de enfermedades graves está configurado como un amparo autónomo, con suma asegurada propia, sin afectar el amparo básico, tal y como lo menciona la siguiente cláusula:

CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS

(...)

4. Valores asegurados al 100% para cada uno de los amparos o coberturas, por tanto, no se aceptan propuestas de valor asegurado que establezcan “Anticipo” “avance” sublímite” o “porcentaje de” cualquier otra expresión que haga alusión a valores vinculados con otros amparos.

OBSERVACIÓN No. 17:

17. Solicitamos respetuosamente que la cobertura de Enfermedades Graves opere con periodo de carencia de noventa (90) días desde el inicio de vigencia.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 17: No se acepta la observación. Ampliar el periodo de carencia del amparo de enfermedades graves va en detrimento de las condiciones asegurables con las que hoy cuenta la entidad además de que significa una desmejora de las condiciones actuales. Por lo anterior se mantiene lo establecido en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 18:

CÁNCER (TODO TIPO). El asegurador se obliga a indemnizar al asegurado en caso de ser diagnosticado con cáncer en cualquiera de sus etapas.

18. Solicitamos a la entidad por favor tener en cuenta la siguiente definición o eliminar las palabras "TODO TIPO" y "cáncer en cualquiera de sus etapas"

CÁNCER: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. el diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida. el término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de hodgkin.
CÁNCER IN SITU DE MAMA Y DE PRÓSTATA: Para efectos del presente amparo se reconocerá el 20% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves al momento de ser diagnosticado el asegurado con cáncer de mama y de próstata en la etapa 0 (insitu) o estados i, ia o ib., con un límite máximo de valor asegurado de cop$50.000.000. si el asegurado es diagnosticado la etapa ii, iii o iv se pagará el 100% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 18: No se acepta la observación toda vez que el objetivo del presente proceso es garantizar al grupo asegurado una protección integral y robusta, que priorice el beneficio de los funcionarios. Para la entidad resulta indispensable mantener esta cobertura por cuanto representa eventos de impacto significativo para los asegurados y tienen implicaciones económicas, emocionales y laborales que justifican su amparo.

En consecuencia, se mantiene la cobertura de enfermedad CÁNCER (TODO TIPO) tal como se encuentra estipulado en las condiciones técnicas del proceso.

OBSERVACIÓN No. 19:
DERRAME E INFARTO CEREBRAL
19. Se solicita a la entidad incluir en esta enfermedad: deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a partir de la fecha de diagnóstico.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 19: No se acepta la observación y se aclara que en la condición se encuentran los ítems y parámetros para la indemnización.

OBSERVACIÓN No. 20:
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
20. Se sugiere la siguiente definición: Diagnóstico clínico inequívoco de enfermedad de Alzheimer dado por una enfermedad progresiva degenerativa del cerebro que se caracteriza por una pérdida de la capacidad intelectual la cual debe ser confirmada por un neurólogo a un psiquiatra. el asegurado debe presentar alteraciones de la memoria, el razonamiento y la capacidad de percibir, comprender, expresar o dar efecto a las ideas. la reclamación sólo será procedente si la enfermedad ha alcanzado el punto donde hay síntomas clínicos permanentes de demencia. La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres (3) o más actividades de la vida diaria. actividades de la vida diaria: se consideran: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable

de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/ beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. estas condiciones deben estar médicamente documentadas por lo menos durante tres (3) meses.

OBSERVACIÓN No. 20: No se acepta la observación, por aumentar los requisitos de indemnización lo que va en contra de la mejora de condiciones en beneficio de los asegurados, como esta determinada la condición en los pliegos, en los cuales se define que el concepto debe ser emitido y confirmado por especialista y evidenciados hallazgos típicos con los que se establece dicha enfermedad.

OBSERVACIÓN No. 21:

CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS

21.Se sugiere eliminar la condición "Cobertura en caso de estar el asegurado en estado de embriaguez o bajo el efecto de sustancias psicoactivas o alucinógenas" debido a que es una exclusión de los reaseguradores.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 21: No se acepta la observación, toda vez que se está buscando robustecer y mejorar el programa en beneficio de los asegurados y eliminar esta condición, se limita la cobertura al asegurado.

OBSERVACIÓN No. 22:

22.Se sugiere para la condición "Cumulo máximo de cobertura catastrófica: 80% de la sumatoria del valor asegurado de los amparos básicos de todos los asegurados" limitarla al 10%.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 22: No se acepta la observación, toda vez que se está buscando robustecer y mejorar el programa en beneficio de los asegurados y eliminar esta condición, se limita la cobertura al asegurado.

OBSERVACIÓN No. 23:

23.Se solicita eliminar la siguiente condición "No operatividad a primera pérdida. Queda claro convenido y aceptado por parte del asegurador que, con excepción del amparo básico de Vida, se indemnizaran cada uno de los amparos de manera independiente y de acuerdo con las condiciones particulares definidas para cada amparo y por tanto la indemnización de cada uno de ellos no generará la terminación del seguro."

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 23: No se acepta la observación, toda vez que se está buscando robustecer y mejorar el programa en beneficio de los asegurados y eliminar esta condición, se limita la cobertura al asegurado.

OBSERVACIÓN No. 24:

24. Solicitamos respetuosamente que la cobertura de Enfermedades Graves opere con periodo de carencia de noventa (90) días desde el inicio de vigencia

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 24: No se acepta la observación. Ampliar el periodo de carencia del amparo de enfermedades graves va en detrimento de las condiciones asegurables con las que hoy cuenta la entidad además de que significa una desmejora de las condiciones actuales. Por lo anterior se mantiene lo establecido en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 25:

25. Se solicita a la entidad de forma respetuosa suministrar la relación detallada de los asegurados que conformarán el grupo asegurable, indicando para cada uno nombres y apellidos completos, número de cédula de ciudadanía y fecha de nacimiento. Esta información es indispensable para efectuar el análisis de suscripción, la determinación del perfil de riesgo del grupo y la elaboración de una propuesta con condiciones competitivas.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 25: No se acepta la observación, toda vez que la información solicitada contiene datos personales de los servidores de la entidad y, por su carácter sensible, no puede ser divulgada en esta etapa del proceso. Dicha información se suministrará únicamente a la compañía de seguros que resulte adjudicataria.

OBSERVACIÓN No. 26:

26. Para la condición de Valores asegurados al 100% solicitamos sea excluida debido a que las enfermedades graves operar como anticipo del amparo básico y el beneficio por desmembración el cual será deducido del amparo básico.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 26: No se acepta la observación. La entidad mantiene lo dispuesto en el pliego en relación con la cobertura de Enfermedades graves, excluirla va en detrimento de las condiciones asegurables con las que hoy cuenta la entidad además de que significa una desmejora de las condiciones actuales. Por lo anterior se mantiene lo establecido en el pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 27:

27. Para la condición No operatividad a primera pérdida. Agradecemos a la entidad excluirla debido a que la incapacidad total y permanente una vez pagada la suma asegurada por el seguro termina y la compañía quedará liberada de toda obligación frente al contrato de seguro.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 27: No se acepta la observación. La cláusula propuesta fue estructurada considerando la necesidades asegurables actuales de la entidad su exclusión va en detrimento de las condiciones de aseguramiento actuales.

Por lo anterior, se mantiene la cobertura en los términos establecidos en los documentos del proceso.

OBSERVACIÓN No. 28:

28.Para la condición "Aceptación de personas discapacitadas o con limitaciones físicas, sin limitación a las coberturas o sublímites a las mismas" se solicita eliminar debido a que las personas en estas condiciones ya han sido indemnizadas por el amparo de incapacidad total y permanente y por lo cual no cual no podrían ser doblemente indemnizadas.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 28: No se acepta la observación. La cláusula propuesta fue estructurada considerando la necesidades asegurables actuales de la entidad su eliminación va en detrimento de las condiciones de aseguramiento actuales.

Por lo anterior, se mantiene la cobertura en los términos establecidos en los documentos del proceso.

OBSERVACIÓN No. 29:

29.Para la condición "Cobertura para preexistencias diagnosticadas 365 días antes del inicio de vigencia de la póliza del presente proceso" no aplicará para asegurados nuevos debido a que es obligatorio el diligenciamiento de asegurabilidad y en caso de contar con alguna preexistencia podrá ser extra primado o excluido de ciertos amparos.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 29: La Entidad no acepta la observación. En consecuencia, se mantiene la condición establecida en los documentos del proceso, toda vez que la cobertura de preexistencias diagnosticadas durante los 365 días anteriores al inicio de vigencia de la póliza deberá extenderse a la totalidad del grupo asegurado, incluyendo los asegurados nuevos que ingresen durante la vigencia, con el propósito de garantizar la continuidad, integralidad y amplitud de la protección, sin establecer restricciones que puedan limitar las coberturas requeridas por la Entidad.
Así mismo, se precisa que, atendiendo a la naturaleza colectiva de la Póliza de Vida Grupo Estatal, no se exigirá el diligenciamiento de formularios ni el cumplimiento de requisitos individuales de asegurabilidad por parte de los asegurados.
En consecuencia, la aseguradora deberá otorgar la cobertura en los términos y condiciones establecidos por la Entidad en los documentos del proceso, sin aplicar extraprimas, exclusiones o restricciones individuales por concepto de preexistencias.

OBSERVACIÓN No. 30:

MUERTE PRESUNTA

30.En ese sentido solicitamos modificar la condición obligatoria Pago de Indemnización por Muerte Presunta por Desaparecimiento estableciendo que el pago se efectuara una vez sea declarada la muerte del asegurado por la autoridad competente, en razón a que la legislación vigente establece que esta solo puede ser declarada por un juez de la república y el pliego no puede contradecir las disposiciones legales, así mismo el texto de la condición obligatoria "sin necesidad de sentencia de autoridad competente" se contradice con el artículo 1145 del Código de Comercio el cual establece que solo la muerte presunta por desaparecimiento podrá reclamarse si se produce la declaración de muerte presunta por desaparecimiento, esto último hace referencia al procedimiento descrito en el Artículo 97 del Código Civil, en ese orden y en concordancia con el artículo 1162 del Código de Comercio el texto del artículo 1145 del Código de Comercio es inmodificable.

Código de Comercio

Artículo 1145. Mera ausencia, desaparición y muerte presunta

La mera ausencia y desaparición de la persona cuya vida ha sido asegurada, no concede derecho a la cantidad asegurada. Pero ésta podrá reclamarse si se produce la declaración de muerte presunta por desaparecimiento, bajo caución de restituirla si el ausente reapareciere.

Código Civil

Artículo 97. Condiciones para la presunción de muerte

Si pasaren dos años sin haberse tenido noticias del ausente, se presumirá haber muerto éste, si además se llenan las condiciones siguientes:

1. La presunción de muerte debe declararse por el juez del último domicilio que el desaparecido haya tenido en el territorio de la Nación, justificándose previamente que se ignora el paradero del desaparecido, que se han hecho las posibles diligencias para averiguarlo, y que desde la fecha de las últimas noticias que se tuvieron de su existencia han transcurrido, a lo menos, dos años.
2. La declaratoria de que habla el artículo anterior no podrá hacerse sin que preceda la citación del desaparecido, por medio de edictos publicados en el periódico oficial de la nación, tres veces por lo menos, debiendo correr más de cuatro meses entre cada dos citaciones.
3. La declaración podrá ser provocada por cualquiera persona que tenga interés en ella; pero no podrá hacerse sino después que hayan transcurrido cuatro meses, a lo menos, desde la última citación.
4. Será oído, para proceder a la declaración y en todos los trámites judiciales posteriores, el defensor que se nombrará al ausente desde que se provoque tal declaración; y el juez, a petición del defensor, o de cualquiera persona que tenga interés en ello, o de oficio, podrá exigir, además de las pruebas que se le presentaren del desaparecimiento, si no las estimare satisfactorias, las otras que según las circunstancias convengan.
5. Todas las sentencias, tanto definitivas como interlocutorias, se publicarán en el periódico oficial.
6. El juez fijará como día presuntivo de la muerte el último del primer bienio contado desde la fecha de las últimas noticias; y transcurridos dos años más desde la misma fecha, concederá la posesión provisoria de los bienes del desaparecido.
7. Con todo, si después que una persona recibió una herida grave en la guerra, o naufragó la embarcación en que navegaba, o le sobrevino otro peligro semejante, no se ha sabido más de ella, y han transcurrido desde entonces cuatro años y practicándose la justificación y citaciones prevenidas en los números precedentes, fijará el juez como día presuntivo de la muerte el de la acción de guerra, naufragio o peligro; o no siendo determinado ese día, adoptará un término medio entre el principio y el fin de la época en que pudo ocurrir el suceso; y concederá inmediatamente la posesión definitiva de los bienes del desaparecido.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 30: No es posible aceptar la observación toda vez que la misma condición tiene carga de responsabilidad para los posibles beneficiarios conforme a

los artículos citados, de tal manera que supone el cumplimiento de requisitos para acceder a una posible indemnización.

En este orden de ideas el asegurador deberá tener en cuenta los dos (2) años de la fecha de conocimiento de la desaparición la cual deberá estar sustentada ante autoridad competente; la fecha de la demanda será la fecha de aceptación de la misma por parte de autoridad competente y posterior a ello el cumplimiento de la caución, lo que impone al beneficiario una serie de pasos para que el asegurador inicie su proceso indemnizatorio.

OBSERVACIÓN No. 31:

EN CASO DE NO SUMINISTRAR DEFINICIONES, ACEPTAR NUESTROS CLAUSULADOS
31. Solicitamos respetuosamente a la entidad que agregue en el pliego de condiciones definitivo, que las cláusulas y definiciones que no estén textualmente redactas en el pliego de condiciones serán reguladas, por los clausulados y condiciones de la compañía de seguros adjudicadas con el proceso.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 31: La Entidad no acepta la observación presentada. Lo anterior, teniendo en cuenta que las cláusulas y definiciones exigidas dentro del presente proceso de selección se encuentran definidas de manera expresa en el Anexo de Condiciones Técnicas, documento que regirá la contratación y sobre el cual los oferentes deberán estructurar sus propuestas.

OBSERVACIÓN No. 32:

CORREO ELECTRÓNICO PARA FACTURACIÓN.
32.Agradecemos indicar el correo electrónico de facturación electrónica.

RESPUESTA OBSERVACIÓN N°32:
La Entidad informa que, para efectos de la expedición y remisión de la factura electrónica correspondiente al contrato que se derive del presente proceso, el adjudicatario deberá utilizar los siguientes datos:

Razón social: Departamento de Boyacá.
NIT: 891800498-1.
Correo electrónico para recepción de facturación electrónica: contabilidad@boyaca.gov.co.

La factura deberá identificar el contrato al que corresponde y cumplir los requisitos tributarios aplicables, así como las condiciones previstas en los documentos del proceso para su radicación y trámite de pago.

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS

OBSERVACIÓN No. 1:

1.Agradecemos a la entidad que nos brinde correo de facturación electrónica

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 1:
La Entidad informa que, para efectos de la expedición y remisión de la factura electrónica correspondiente al contrato que se derive del presente proceso, el adjudicatario deberá utilizar los siguientes datos:

- Razón social: Departamento de Boyacá.
- NIT: 891800498-1.
- Correo electrónico para recepción de facturación electrónica: contabilidad@boyaca.gov.co.

La factura deberá identificar el contrato al que corresponde y cumplir los requisitos tributarios aplicables, así como las condiciones previstas en los documentos del proceso para su radicación y trámite de pago.

OBSERVACIÓN No. 2:

2.Favor informar si aplica el pago de estampillas municipales y/o departamentales y cuál es su porcentaje

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 2: Se informa que el dentro de la plataforma SECOP II se publicará en anexo de certificación de retención y descuentos 2026.

OBSERVACIÓN No. 3:

3.Solicitamos a la entidad informar el correo para la facturación electrónica.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 3:
La Entidad informa que, para efectos de la expedición y remisión de la factura electrónica correspondiente al contrato que se derive del presente proceso, el adjudicatario deberá utilizar los siguientes datos:

Razón social: Departamento de Boyacá.
NIT: 891800498-1.
Correo electrónico para recepción de facturación electrónica: contabilidad@boyaca.gov.co.

La factura deberá identificar el contrato al que corresponde y cumplir los requisitos tributarios aplicables, así como las condiciones previstas en los documentos del proceso para su radicación y trámite de pago.

OBSERVACIÓN No. 4:

4.Agradecemos informar si la manifestación de interés es solo suscribiéndose por medio de la plataforma SECOP II o es necesario él envió de un documento, en el caso de que sea así por favor suministrar el formato modelo ya que el mismo no viene relacionado en el pliego ni en la plataforma del proceso, o de lo contrario por favor confirmar si se acepta formato libre.

RESPUESTA OBSERVACIÓN N°4: Se informa al interesado que la manifestación de interés deberá realizarse a través del módulo dispuesto para tal fin en la plataforma SECOP II, sin que sea necesario adjuntar documentos adicionales para dicho trámite.

OBSERVACIÓN No. 5:

5.Agradecemos a la entidad aceptar la acreditación de una agencia o franquicia ubicada en la ciudad de Tunja. En caso de no ser posible, solicitamos amablemente se permita la atención y operación del contrato desde la oficina principal de la compañía en Bogotá, garantizando en todo momento el cumplimiento oportuno de las obligaciones contractuales y los niveles de servicio requeridos.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 5: No se acepta la observación. La Entidad mantiene el requisito establecido en los documentos del proceso, el cual dispone expresamente lo siguiente:

“Oficina Principal y/o Sucursal en Tunja abierta con atención al público.”

La exigencia de contar con oficina principal y/o sucursal en la ciudad de TUNJA se mantiene, toda vez que dicha condición obedece a criterios de eficiencia operativa, atención oportuna y capacidad de respuesta ante los requerimientos de la Entidad. En efecto, la presencia física del contratista o su representante en la ciudad de Tunja resulta necesaria para garantizar la adecuada gestión administrativa, técnica y documental del programa de seguros, así como la atención directa de siniestros, reclamaciones, requerimientos y demás actuaciones que exijan interacción presencial con la Gobernación de Boyacá.

Adicionalmente, este requerimiento no vulnera los principios de libre concurrencia ni de selección objetiva establecidos en la Ley 80 de 1993, toda vez que no limita la participación de oferentes, sino que busca asegurar el cumplimiento eficiente del contrato y la debida atención a los intereses de la Entidad.

OBSERVACIÓN No. 6:

6. Referente a las capacitaciones solicitadas agradecemos confirmar si las mismas se pueden realizar de manera virtual.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 6: Se aclara al observante que la modalidad de estas capacitaciones puede ser virtual o presencial según el consenso del oferente con el supervisor del contrato y según las necesidades de la entidad, por tanto no acepta que sean únicamente virtuales**.**

Las capacitaciones podrán desarrollarse de manera virtual, siempre que dicha modalidad garantice el cumplimiento de los objetivos de la misma, la interacción entre el capacitador y los asistentes, la adecuada transmisión de los contenidos y la posibilidad de resolver inquietudes en tiempo real.

No obstante, la Entidad se reserva la facultad de solicitar que determinadas capacitaciones se desarrollen de manera presencial cuando, por la naturaleza del tema, la necesidad del servicio o las condiciones operativas de la Entidad, resulte indispensable para asegurar el adecuado desarrollo de la actividad. En este sentido, se precisa que las capacitaciones podrán efectuarse de forma virtual o presencial, según las necesidades de la Entidad y previo acuerdo con el contratista.

OBSERVACIÓN No. 7:

7.Agradecemos a la Entidad aclarar si las certificaciones de experiencia requeridas pueden acreditarse de manera conjunta para los ramos de AP y VG, o si, por el contrario, es necesario acreditar la experiencia de cada ramo de forma independiente, aportando seis (6) certificaciones para cada uno de ellos.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 7: Se aclara al interesado que, de conformidad con lo establecido en el pliego de condiciones, el oferente deberá "acreditar experiencia en hasta seis (6) certificaciones y/o contratos ejecutados con entidades públicas y/o privadas, que contengan el ramo relacionado en la parte técnica de los presentes pliegos".

En consecuencia, las seis (6) certificaciones y/o contratos corresponden al total máximo permitido para acreditar la experiencia requerida, y deberán acreditar de manera conjunta los dos (2) ramos objeto del proceso, esto es, Accidentes Personales (AP) y Vida Grupo (VG).

Por lo anterior, no se requiere aportar seis (6) certificaciones para cada ramo de manera independiente, sino que, dentro del límite de las seis (6) certificaciones y/o contratos establecidos en el pliego, se deberá acreditar la experiencia correspondiente a ambos ramos.

OBSERVACIÓN No. 8:

8. Solicitamos amablemente a la Entidad aclarar el Anexo 4 – Formato de Certificado para Acreditar Factores de Calidad y/o Técnicos, toda vez que su contenido no resulta suficientemente claro para los posibles oferentes. Así mismo, agradecemos evaluar la posibilidad de eliminar dicho requisito, considerando que no guarda relación directa con el objeto contractual correspondiente a la contratación de seguros

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 8: En cuanto a la eliminación del formato la Entidad no acoge la observación presentada.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el anexo objeto de observación contiene información específica y complementaria requerida para la adecuada evaluación de las ofertas. En consecuencia, la permanencia de dicho anexo resulta necesaria para garantizar la obtención de información suficiente, homogénea y comparable entre las diferentes propuestas, así como para salvaguardar los principios de transparencia, selección objetiva e igualdad de los oferentes dentro del presente proceso de selección.

OBSERVACIÓN No. 9:

9.Solicitamos amablemente a la entidad se permita acreditar el FORMATO DE EMPRENDIMIENTO DE MUJERES Y FORMATO DE APOYO A LA INDUSTRIA, en formato libre siempre y cuando este cumpla con todos los requerimientos solicitados.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 9: No se acepta la observación, toda vez que el diligenciamiento del ANEXO N.° 6 "ANEXO 6 FORMATO – ACREDITACIÓN DE EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE MUJERES (PERSONA JURÍDICA" Y EL ANEXO N° 5 APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL no imponen al proponente una carga adicional o diferente a la que tendría que asumir mediante la presentación de un documento en formato libre. Por el contrario, el formato establecido por la Entidad permite facilitar la verificación objetiva, homogénea y uniforme de la información aportada por los oferentes.

En consecuencia, se mantiene la exigencia de acreditar estos requisitos de acuerdo a los anexos destinados para tal fin dentro del pliego de condiciones.

OBSERVACIÓN No. 10:

10. Solicitamos respetuosamente a la Entidad eliminar el requisito de diligenciamiento y presentación del Formato SARLAFT, teniendo en cuenta que las compañías de seguros se encuentran sometidas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Financiera de Colombia y cuentan con sistemas de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo debidamente implementados y supervisados por dicho organismo de control. En consecuencia, consideramos que la exigencia de este formato resulta innecesaria para efectos de la presente contratación

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 10: En respuesta a la observación presentada, se señala que, en estricto cumplimiento de los principios que rigen la función administrativa y la contratación pública, la Entidad Estatal tiene el deber legal y constitucional de velar por la debida custodia y destinación de los recursos públicos. En consecuencia, es obligación institucional implementar los controles necesarios para prevenir y garantizar que dichos fondos no sean canalizados ni utilizados para dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades ilícitas (lavado de activos), ni para la financiación del terrorismo o de organizaciones al margen de la ley.

Lo anterior, se fundamenta en el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, como se evidencia a continuación:

***"ARTÍCULO 31.** Programas de transparencia y ética en el sector público. Modifíquese el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el cual quedará así:*

***Artículo 73.** Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad. Este programa contemplará, entre otras cosas:*

a) Medidas de debida diligencia en las entidades del sector público;

b) Prevención, gestión y administración de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas y riesgos de corrupción, incluidos los reportes de operaciones sospechosas a la UIAF, consultas en las listas restrictivas y otras medidas específicas que defina el Gobierno nacional dentro del año siguiente a la expedición de esta norma;

(...)"

Con base en lo anterior, no se acepta su observación.

OBSERVACIÓN No. 11:

11. Agradecemos amablemente a la Entidad eliminar la condición que establece el reconocimiento adicional del 50% de la suma asegurada por Beneficios por Desmembración o Inutilización cuando se configure una Incapacidad Total y Permanente, toda vez que dichos amparos no son acumulables. En caso de haberse efectuado pagos por Desmembración o Inutilización, el valor indemnizado deberá reducirse de la suma asegurada correspondiente al amparo de Incapacidad Total y Permanente.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 11: La Entidad no acepta la observación y, en consecuencia, mantiene la condición establecida en los documentos del proceso, considerando que el reconocimiento adicional del 50% de la suma asegurada por el beneficio de Desmembración o Inutilización, cuando se configure una Incapacidad Total y Permanente (ITP), constituye una condición particular de cobertura solicitada por la Entidad, cuyo propósito es ampliar la protección económica de los asegurados y otorgar mejores condiciones de aseguramiento.

Desde el punto de vista técnico, la condición establecida busca que el asegurado cuente con un beneficio económico adicional ante la ocurrencia de una Incapacidad Total y Permanente, sin que los pagos previamente efectuados por concepto de Desmembración o Inutilización sean objeto de descuento o compensación sobre la indemnización correspondiente a la ITP. Lo anterior, en atención a que la Entidad pretende conservar un esquema de protección más amplio y favorable para el grupo asegurado.

En consecuencia, no se acepta la eliminación del reconocimiento adicional del 50%, ni la aplicación de deducciones sobre la indemnización por Incapacidad Total y Permanente derivadas de pagos realizados bajo el beneficio de Desmembración o Inutilización. La aseguradora deberá contemplar y garantizar esta condición dentro de su oferta, conforme a los términos técnicos establecidos por la Entidad en el proceso.

OBSERVACIÓN No. 12:

12. Gastos médicos por accidente o enfermedad: Agradecemos amablemente a la entidad indicar que este amparo opera exclusivamente por reembolso.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 12: No se acepta la observación. En las cláusulas de Gastos médicos por accidente o enfermedad, está estipulado que la atención será por reembolso solamente en los casos donde el asegurador no tenga red o se generen gastos farmacéuticos. Su modificación va en detrimento de las condiciones de aseguramiento

actuales. No obstante, se precisa que la atención directa será siempre la modalidad prioritaria, tal como se estipula en las condiciones técnicas del presente proceso.

Por lo anterior, se mantiene la cobertura en los términos establecidos en los documentos del proceso.

OBSERVACIÓN No. 13:

13.Agradecemos amablemente a la entidad adjuntar el listado de asegurados en formato Excel indicando como mínimo nombre completo, identificación, fecha de nacimiento.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 13: No se acepta la observación, toda vez que la información solicitada contiene datos personales de los servidores de la entidad y, por su carácter sensible, no puede ser divulgada en esta etapa del proceso. Dicha información se suministrará únicamente a la compañía de seguros que resulte adjudicataria.

OBSERVACIÓN No. 14:

14. Gastos médicos por accidente o enfermedad: Agradecemos amablemente a la entidad indicar que la restitución del valor asegurado opera con cobro de prima adicional.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 14: No se acepta la observación. Se aclara al interesado que la condición objeto de la observación se encuentra expresamente establecida en el Anexo de Condiciones Técnicas del proceso, en los siguientes términos:

Restitución del valor asegurado hasta por una vez dentro de la vigencia y sin cobro de prima.

La modificación o ajuste solicitado a esta condición implicaría un detrimento de las condiciones de aseguramiento actualmente previstas por la Entidad y reduciría el alcance de la protección requerida. En consecuencia, la condición se mantiene en los términos establecidos en el Pliego de Condiciones y sus anexos.

OBSERVACIÓN No. 15:

15.ENFERMEDADES GRAVES /CÁNCER: Agradecemos amablemente a la entidad, excluir únicamente ESTADIO I, en las enfermedades denominadas, enfermedad de hodking, toda vez que, estas son edades muy tempranas de la enfermedad, y en este estadio no es considerado aun, enfermedad grave. En caso de no ser viable excluir este estadio, agradecemos indicar la razón por la cual estos estadios se consideran enfermedad grave. Es importante resaltar, que luego de superar el estadio I, ya es considerado enfermedad grave.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 15: No se acepta la observación, toda vez que estas enfermedades ya son un tipo de cáncer y pueden desembocar en condiciones de gravedad más complejas para los asegurados. Adicional a esto se debe tener en cuenta que el establecimiento de un posible siniestro dependerá del diagnóstico del profesional médico que atienda al paciente, el cual servirá de base para una posible indemnización.

OBSERVACIÓN No. 16:

16. Agradecemos amablemente a la entidad indicar que se cubre el terrorismo solo en calidad de sujeto pasivo.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 16: Se acepta la observación. y se ajusta en el anexo de condiciones técnicas así:

CLAUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS

1. Cobertura en caso de Actos Terroristas, Amit o personas al margen de la ley, siempre y cuando el asegurado no haga parte de ellos y actúe como sujeto pasivo.

OBSERVACIÓN No. 17:

17.Enfermedades graves: Agradecemos amablemente a la entidad indicar que opera como anticipo de amparo básico.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 17: Se aclara al observante que el amparo de enfermedades graves está configurado como un amparo autónomo, con suma asegurada propia, sin afectar el amparo básico, tal y como lo menciona la siguiente cláusula:

CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS

(...)

4. Valores asegurados al 100% para cada uno de los amparos o coberturas, por tanto, no se aceptan propuestas de valor asegurado que establezcan “Anticipo” “avance” sublímite” o “porcentaje de” cualquier otra expresión que haga alusión a valores vinculados con otros amparos.

OBSERVACIÓN No. 18:

18. Amparo automático para nuevos funcionarios y para funcionarios qué por error u omisión, no se hayan informado al inicio del seguro: Agradecemos amablemente a la entidad, aclarar que este amparo opera con el respectivo cobro de prima adicional.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 18: Se acepta la observación. En consecuencia, se ajusta la condición establecida en el Anexo correspondiente, la cual quedará de la siguiente manera:

8. ENFERMEDADES GRAVES

CLÁUSULAS Y/O CONDICIONES GENERALES OBLIGATORIAS

9. Amparo automático de nuevos asegurados y para funcionarios que, por error u omisión, no hayan sido informados al inicio del seguro con 15 días de plazo para informar al asegurador, con cobro de prima adicional.

No obstante, se aclara que el cobro de prima adicional únicamente será aplicable cuando se supere el número de mil doscientos noventa y nueve (1.299) asegurados contemplados como base para la presente contratación. En consecuencia, la inclusión de asegurados dentro de dicho límite no generará costos adicionales para la Entidad.

OBSERVACIÓN No. 19:

19.EXTENSIÓN DE AMPARO A MUERTE PRESUNTA POR DESAPARICIÓN: Agradecemos amablemente a la entidad, aclarar que esta cláusula opera siempre y cuando exista la sentencia de un juez, ya que el juez es el único que puede dictaminar la muerte presunta.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 19: No es posible aceptar la observación toda vez que la misma condición tiene carga de responsabilidad para los posibles beneficiarios conforme a los artículos citados, de tal manera que supone el cumplimiento de requisitos para acceder a una posible indemnización.

en este orden de ideas el asegurador deberá tener en cuenta los dos (2) años de la fecha de conocimiento de la desaparición la cual deberá estar sustentada ante autoridad competente; la fecha de la demanda será la fecha de aceptación de la misma por parte de autoridad competente y posterior a ello el cumplimiento de la caución, lo que impone al beneficiario una serie de pasos para que el asegurador inicie su proceso indemnizatorio.

OBSERVACIÓN No. 20:

20.Cobertura en el exterior: Agradecemos amablemente a la Entidad aclarar que, para la cobertura en el exterior, las indemnizaciones a que haya lugar serán reconocidas y pagadas en moneda colombiana, con base en tarifas colombianas y bajo jurisdicción colombiana, de acuerdo con las condiciones establecidas por la compañía aseguradora adjudicataria

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 20: Con ocasión de la observación presentada, la Entidad se permite aclarar que los gastos, reembolsos, indemnizaciones y demás valores derivados de siniestros ocurridos en el exterior serán reconocidos y pagados en la moneda local del país o lugar en el que se haya presentado el evento, de conformidad con las condiciones aplicables a la cobertura.

En cuanto a la legislación y jurisdicción aplicables, se precisa que el contrato de seguro y las pólizas que se expidan en desarrollo del presente proceso se regirán por la legislación colombiana, en particular por las disposiciones del Código de Comercio, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y las normas de contratación estatal que resulten aplicables. En consecuencia, las controversias relacionadas con la interpretación, ejecución y liquidación del contrato se someterán a la jurisdicción colombiana, sin perjuicio de las disposiciones legales que resulten aplicables al caso concreto.

La presente aclaración no modifica ni restringe los amparos, límites, sublímites o condiciones técnicas establecidos en el pliego de condiciones y su anexo técnico para los siniestros ocurridos en el exterior. Asimismo, la aseguradora deberá garantizar la atención oportuna de las reclamaciones, pudiendo apoyarse en ajustadores, corresponsales u otros representantes en el país donde ocurra el siniestro para adelantar las gestiones necesarias.

OBSERVACIÓN No. 21:

21.Agradecemos amablemente a la entidad incluir el siguiente texto: Los amparos y/o clausulas cuyos textos o alcances no estén definidos en este anexo, operan según clausulado depositado ante la Superintendencia Financiera de Colombia por la compañía de seguros adjudicataria del proceso, siempre y cuando esta no vaya en contravía de las condiciones establecidas en técnicas básicas obligatorias.

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 21: La Entidad no acepta la observación presentada. Lo anterior, teniendo en cuenta que las condiciones técnicas exigidas dentro del presente proceso de selección se encuentran definidas de manera expresa en el Anexo de Condiciones Técnicas, documento que regirá la contratación y sobre el cual los oferentes deberán estructurar sus propuestas.

OBSERVACIÓN No. 22:

22.Solicitamos a la entidad suministrar la siniestralidad detallada de los últimos 5 años en formato EXCEL indicando como mínimo:

•Ramo afectado
•Amparo afectado
•Causa del siniestro
•Fecha de ocurrencia
•Fecha de aviso
•Número de póliza
•Vigencia de la póliza afectada
•Valor pagado a la fecha
•Valor en reservas a la fecha
•Valor de Incurridos totales

RESPUESTA OBSERVACIÓN No. 22: Se aclara al interesado que las certificaciones de siniestralidad con las que cuenta la entidad se encuentran cargadas dentro del proceso en la plataforma SECOP II por lo que se invita al interesado para que sean consultadas.

LOURDES MARCELA BLANCO PEDROZA
Secretaria de educación

Elaboró: *Jav Seguros Comerciales / Intermediario*
Laura Gómez- abogada OAGE

Reviso: Edilson Niño Salamanca- jefe OAGE

Gobernación de Boyacá | Hacienda

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR DE CONTABILIDAD
DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA

CERTIFICA

Yo, **CARLOS IVAN LOPEZ CARDENAS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 7.172.578 de Tunja, y con Tarjeta Profesional No. 132054–T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Subdirector Técnico de Contabilidad del **DEPARTAMENTO DE BOYACÁ** identificado con **Nit. 891.800.498–1** certifico que la entidad realiza las siguientes retenciones y/o descuentos para **"*ADQUIRIR LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO QUE AMPARE A LOS FUNCIONARIOS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ*",** respectivamente.

Base Gravable
Total Contrato de Seguros

Concepto	**Tarifa**
Estampilla Pro Desarrollo	1.5%
Tasa Pro Deporte	2.5%
Estampilla Pro Electrificación R	1.0%
Sobretasa Bomberil	0.5%
Rete Ica (cuando aplique)	10*1000

Total Deducciones

Neto a Pagar

La presente certificación se expide en concordancia con la Ordenanza 108 de 2025, Estatuto de Rentas Departamentales

El descuento de las retenciones se hace en el momento del desembolso de acuerdo a la forma de pago estipulada en el contrato.

Las retenciones nacionales y los descuentos departamentales se practicarán sobre el total facturado sin incluir el IVA. Para la aplicación de los diferentes descuentos se tendrá en cuenta las responsabilidades del Contratista establecidas en el RUT.

Correo: contabilidad@boyaca.gov.co

Nit: 891800498-1 Departamento de Boyacá

Dada en Tunja, a los cuatro (04) días del mes de noviembre de dos mil veintiséis (2026).

CARLOS IVAN LOPEZ CARDENAS
Subdirector Técnico Contabilidad
Secretaría de Hacienda