

**PODER JUDICIAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
CONSEJO DE LA JUDICATURA
UNIDAD ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES
CUADRO DE INVITADOS**

EXP. SG-06/08
FECHA: 13-FEBRERO-08

ATENCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PRESENTO COTIZACIÓN	
			SI	NO
ING. CARLOS RUBIO ARMENTA	AV. GASTELUM 898-0	178-11-22		
FRANCISCO SOLÓRZANO JACQUEZ	CLZD. INDEPENDENCIA #1211 CENTRO CÍVICO	557-70-53		
SIXTO AMADOR	AV. JUNÍPERO SERRA #1031 COL. PROHOGAR	567-13-15		
DIANA HILDA LUNA VEGA	BLVD. LAZARO CÁRDENAS #1358	563-23-35		
C.P. LUIS ENRIQUE OROZCO RIVERA	AV. DE LOS HEROES NO. 339 CENTRO CIVICO	686-178-43-30		

PRESENTO A USTED RELACION DE INVITADOS A COTIZAR: "POLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA PERSONAL DE BASE Y CONFIANZA DEL PODER JUDICIAL"

SOLICITA

AUTORIZA

C. GILDARDO JESUS LOPEZ LEPE
COORDINADOR DEL AREA DE COMPRAS

LIC. JOSE ABEL LOPEZ GALINDO
DIRECTOR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

C.P. SERGIO RAMON HERNANDEZ GOMEZ
JEFE DEL DEPTO. DE SERVICIOS GENERALES

EXP: SG-06/08
FECHA: 13/02/08

Agente:
Dirección:
Teléfono:

Por medio de la presente me dirijo a usted con el fin de solicitar una cotización de:
“POLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA EMPLEADOS DE BASE Y CONFIANZA DEL PODER JUDICIAL.

- a) **Anexo I Condiciones y Coberturas**
- b) **Anexo II Relación de Personal y Suma Asegurada”**

Los requisitos con que debe contar la cotización solicitada para ser tomada en cuenta son los siguientes:

- a) Presentar importe en moneda nacional, **con IVA separado, no se aceptarán cotizaciones en dólares**, incluir fecha de vigencia en precios.
- b) Deberá presentar su cotización el día **20 de Febrero del 2008** a las **11:00 hrs.**, de lo contrario se le agradecerá que se nos haga saber por **escrito el motivo por el cual no presento dicha cotización.**
- c) La cotización debe ser presentada en la **Sala de Juntas de la Unidad Administrativa**, ubicada en el tercer piso del Edificio del Poder Judicial, **donde se estarán recibiendo las cotizaciones.**
- d) Es importante aclarar que no se recibirá ninguna cotización, si no es presentada en **sobres cerrados, firmados y sellados por la empresa.** el sobre deberá decir claramente la frase: **“POLIZA DE SEGURO DE VIDA”.**
- e) Se hace de su conocimiento que no se otorgara anticipo del servicio solicitado.
- f) Así mismo se le solicita estar presente en la apertura de las cotizaciones en el lugar y a la hora indicada.
- g) Para cualquier duda o aclaración comunicarse al tel y fax (686) 558-10-00 ext. 1798 o al correo electrónico psfrias@hotmail.com

A T E N T A M E N T E

R E C I B I

Lic. José Abel López Galindo
Director de la Unidad Administrativa

Nombre, Fecha y Sello de la Empresa