

**BANCO CENTRAL DE RESERVA
DE EL SALVADOR**

(155/2021 D.J.)

**“CONTRATO SEGUROS DE PERSONAS, BIENES,
RESPONSABILIDAD CIVIL Y VEHÍCULO
AUTOMOTORES, PARA EL BANCO CENTRAL DE
RESERVA DE EL SALVADOR, AÑO 2022
CELEBRADO ENTRE EL BANCO CENTRAL DE
RESERVA DE EL SALVADOR Y MAPFRE SEGUROS
EL SALVADOR, S.A.”**

FECHA: 23 DE DICIEMBRE DE 2021

San Salvador, El Salvador, C. A.

HAZEL MIREYA GONZÁLEZ DE SÁNCHEZ, mayor de edad, Licenciada en Economía, actuando en nombre y representación en su calidad de Apoderada General Administrativa y Judicial con cláusula Especial del **BANCO CENTRAL DE RESERVA DE EL SALVADOR**, Institución Pública Autónoma, de carácter técnico, de duración indefinida, de este domicilio, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con Número de Identificación Tributaria cero seiscientos catorce-cero diez mil setecientos setenta y cuatro-cero cero seis-dos; que en lo sucesivo se denominará "El Banco Central" o " El Banco"; y **JORGE ARISTIDES RIVERA CASTRO**, mayor de edad, Licenciado en Administración de Empresas,

actuando en mi calidad de Apoderado Especial Administrativo y de Representación de la sociedad "**MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A.**", que podrá conocerse comercialmente como "**MAPFRE**" o "**MAPFRE SEGUROS**" o "**MAPFRE EL SALVADOR**", Sociedad Anónima, de nacionalidad salvadoreña, de plazo indefinido, de este domicilio, con Número de Identificación Tributaria cero seiscientos catorce-ciento sesenta mil setecientos quince-cero cero uno-cinco; que en lo sucesivo se denominará "la Aseguradora", y en los caracteres dichos, otorgamos el presente contrato de Suministro de "**SEGUROS DE PERSONAS, BIENES, RESPONSABILIDAD CIVIL Y VEHÍCULOS AUTOMOTORES PARA EL BANCO CENTRAL DE RESERVA DE EL SALVADOR, AÑO 2022**", que se registrá por las siguientes cláusulas:

I. OBJETO DEL CONTRATO

La Aseguradora se obliga por el precio y condiciones que se estipulan en este contrato a Suministrar los Seguros de Personas, descritos como Seguro de Gastos Médico Hospitalarios y Seguro Colectivo de Vida, para el Banco Central de Reserva de El Salvador, correspondiente al año póliza comprendido desde el 31 de diciembre de 2021 al 31 de diciembre de 2022, ambas fechas a las doce horas del día, de conformidad al acuerdo tomado en Sesión de Consejo Directivo número CD-Cuarenta y uno/dos mil veintiuno, de fecha trece de diciembre de dos mil veintiuno, que contiene la adjudicación parcial de la Licitación Pública número cero seis/dos mil veintiuno, denominada "Seguros de Personas, Bienes, Responsabilidad Civil y Vehículos Automotores para el Banco Central de Reserva de El Salvador, año 2022", en la cual se adjudica parcialmente a la Aseguradora el suministro referido.

II.- BENEFICIOS, COBERTURAS Y CONDICIONES

DETALLE DE BENEFICIOS POR TIPO DE PÓLIZA
BENEFICIOS SEGURO DE GASTOS MÉDICO-HOSPITALARIOS
A. GRUPO ASEGURADO.
Clase 1: Empleados con nombramiento permanente, interino, por contrato temporal (este último siempre y cuando en el contrato quede establecido el otorgamiento de la prestación), empleados que tengan licencia con goce de sueldo, contempladas en el Reglamento Interno o autorizadas por el Consejo Directivo del Banco Central.
Clase 2: Miembros del Consejo Directivo del Banco Central.
Clase 3: Personal jubilado del Banco Central y personal no jubilado que se retire del banco con el derecho a la prestación, de acuerdo al Reglamento Interno de Trabajo.
Clase 4: Personal del Fondo de Protección de Funcionarios y Empleados del Banco Central. (Las primas de esta Clase serán por cuenta del Fondo de Protección).
Clase 5: Personal jubilado del Fondo de Protección de Funcionarios y Empleados del Banco Central (Las primas de esta Clase serán por cuenta del Fondo de Protección).
B. LÍMITE TERRITORIAL: Cobertura Centroamericana (excluyendo Belice e incluyendo Panamá).
C. SUMAS ASEGURADAS Y PARTICIPACIONES
Máximo vitalicio anual por persona: US\$40,000.00 para los asegurados en todas las Clases.
-Deducible anual (Máximo dos por grupo familiar): <ul style="list-style-type: none"> •Clases 1, 2 y 4: US\$55.00 fuera de Red. (Dentro de Red: sin aplicación de deducible) •Clases 3 y 5: US\$75.00 aplicado dentro y fuera de Red.
- Reembolso y coaseguro: En caso de ingresos hospitalarios dentro y fuera de red, se autorizará el pago del copago únicamente y deducible, en caso de no haberse cubierto según corresponda. <ul style="list-style-type: none"> •Clases 1, 2 y 4: 80% de reembolso y 20% coaseguro Excepto en honorarios quirúrgicos se aplicará el 10% dentro y fuera de red. <ul style="list-style-type: none"> •Clase 3 y 5: 70% de reembolso y 30% coaseguro, Excepto en honorarios quirúrgicos se aplicará el 20% dentro y fuera de red
D. LÍMITES DE EDAD
- Titulares y dependiente cónyuge o compañera de vida: 99 años para permanecer e inscribirse a la póliza.
- <u>Hijos, Hijastros o Hijos adoptivos:</u> Hasta el aniversario de la póliza en el que cumplen 25 años de edad, siempre y cuando estén solteros, estudien a tiempo completo y dependan económicamente del asegurado.
E. RED DE PROVEEDORES Y ARANCELES
Servicios de una red a nivel nacional de Médicos de las diferentes especialidades, cuyos honorarios y gastos médicos sean razonables, así como: Hospitales, Farmacias, Laboratorios Clínicos o Patológicos, Unidades Especiales de Diagnóstico, Centros de Rehabilitación, entre otros, con los cuales se haya pactado que los asegurados cancelen únicamente los copagos establecidos, de acuerdo a cada Clase. Dicha red de proveedores deberá ser presentada por la Aseguradora, junto con la póliza. Así también deberá presentarse las tablas de los ARANCELES médicos de consulta externa, hospitalización, emergencias, honorarios por cirugías con los nombres de los procedimientos, honorarios varios para vacunas y estudios especiales.
- Especialidades mínimas requeridas: ANESTESIOLOGIA, ALERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CIRUJANOS, COLOPROCTOLOGIA, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, FISIATRIA, GASTROENTEROLOGIA, GINECOLOGIA, HEMATOLOGIA, INFECTOLOGIA, INTENSIVISTAS, MEDICINA INTERNA, MEDICINA GENERAL, NEFROLOGIA, NEUMOLOGIA, NEUROCIRUGIA, NEUROLOGIA, OFTALMOLOGIA, ONCOLOGIA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA.

Los médicos de la Clínica Institucional del BCR, deberán ser considerados como médicos de la red y tener acceso a los formularios utilizados por dicha red."
<p>- Condiciones especiales sobre la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que los honorarios por Consulta Externa con los médicos de la red, el asegurado cancele el 100% del valor de la consulta pactada con la red, para ser tramitada vía reembolso, ▪ Clases 1, 2 y 4 pagan únicamente el copago en todos los demás servicios mediante la red (excepto la consulta externa detallada anteriormente). ▪ Clases 3 y 5 pagan el 100% del costo de cada servicio mediante la red, excepto en casos de ingresos Hospitalarios o procedimientos quirúrgicos ambulatorios en hospitales, en los cuales se les aplicará los copagos establecidos. ▪ En caso que proveedores que no son de red ofrezcan al asegurado honorarios y/o servicios iguales o menores (por tarifas propias o descuentos) a los pactados con proveedores de red, no deberá aplicarse deducible. Así también los productos y servicios prescritos por médicos de la red que no sean suministrados por algunos de los proveedores afiliados a la misma deberán ser liquidados a valores como si se hubiesen obtenido con proveedores de Red. ▪ La red deberá contar con servicio de atención telefónica o en línea, para resolver consultas de los asegurados, las 24 horas del día, los 365 días del año.
F. RECLAMOS Y REEMBOLSOS
<p>- La Aseguradora deberá brindar realizar la recepción y revisión de reclamos, en forma directa de los asegurados.</p> <p>- La Aseguradora deberá designar una persona para presentarse al menos dos veces por semana, a las oficinas del Departamento de Desarrollo Humano, ubicado en el Edificio del Banco Central de Reserva de El Salvador situado en Alameda Juan Pablo II y 17 Av. Norte., para retirar documentos de reclamos y demás correspondencia. Así también, podrá hacer uso de plataformas tecnológicas para que los asegurados puedan hacer sus reclamos, a partir de lo cual se contarán los plazos para su reembolso.</p> <p>- La Aseguradora deberá efectuar el reembolso de Gastos Médicos mediante abonos directos a las cuentas bancarias de los asegurados y remitirá las notas de abono al asegurado o al área de Seguros del Banco Central de Reserva de El Salvador. El listado de las cuentas bancarias será notificado por el banco al inicio de cada vigencia y será requerido a la Aseguradora al finalizar cada vigencia con los cambios reportados en el periodo.</p>
BENEFICIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA
GRUPO ASEGURADO
Clase 1: Empleados con nombramiento permanente, interino o por contrato temporal; personas contratadas para prestar servicio temporal al Banco (siempre y cuando en el contrato quede establecido el otorgamiento de la prestación), empleados que tengan licencia con goce de sueldo y empleados que tengan licencia sin goce de sueldo, contempladas en el Reglamento Interno o autorizadas por el Consejo Directivo del Banco Central.
Clase 2: Miembros del Consejo Directivo del Banco Central.
Clase 3: Personal jubilado del Banco Central y personal no jubilado que se retire del banco con el derecho a la prestación, de acuerdo al Reglamento Interno de Trabajo.
Clase 4: Personal del Fondo de Protección de Funcionarios y Empleados del Banco Central. (Las primas de esta Clase serán por cuenta del Fondo de Protección).
Clase 5: Personal jubilado del Fondo de Protección de Funcionarios y Empleados del Banco Central (Las primas de esta Clase serán por cuenta del Fondo de Protección).
B. LÍMITES DE EDAD
99 años para permanecer e inscribirse a la póliza. La terminación de los Beneficios de Muerte Accidental, Muerte accidental Especial, Desmembramiento y Pérdida de la Vista Accidentalmente será al cumplimiento de los 70 años de edad para todas las clases de asegurados.
C. SUMAS ASEGURADAS

Clase 1 y 4: Es igual a 40 veces el salario mensual, redondeado al próximo mil más alto, hasta un máximo de US\$40,000.00, y un mínimo US\$15,000.00. La suma asegurada de cada empleado, será proporcionada por el Banco Central. (Las primas de la Clase 4 serán pagadas por el Fondo de Protección)
Clase 2: US\$40,000.00
Clase 3 y 5: considerar para ambas Clases, las siguientes coberturas. (Las primas de la Clase 5 serán por cuenta del Fondo de Protección)
*Suma asegurada Básica: US\$2,857.00
*Suma asegurada Opcional: Es la cantidad de suma asegurada adicional que el asegurado desee tomar en la fecha de su retiro por jubilación o antes de la fecha de inicio de la vigencia de la póliza por un mínimo de US\$2,858.00 y un máximo de US\$10,572.00 adicionales a la Suma Asegurada Básica, cuyas primas son contributivas y pagadas por el asegurado. Lo anterior es estrictamente voluntario para cada asegurado. Dichas primas serán reportadas por el Banco Central de Reserva de El Salvador al inicio de la vigencia de la póliza (grupo inicial) o durante la vigencia (nuevos jubilados), y serán efectivas mediante el pago de la prima que cada jubilado realice. El reporte que se haga sobre dichas primas, opcionales no constituyen una obligación de pago para el Banco Central.
La contratación de sumas aseguradas opcionales debe ser de acuerdo con las especificaciones siguientes: a) Jubilados de hasta 75 años de edad* Sumas: mínima \$2,858.00, máxima \$10,572.00 b) Jubilados desde 76 hasta 99 años de edad* Sumas: mínima \$2,858.00, máxima \$5,715.00
La tarifa de las sumas opcionales deberá ser diferenciada en relación a la tarifa que se establezca para la suma básica de estas clases y el resto de clases. Dicha tarifa no deberá ser inferior al 30 %.
La Aseguradora realizará el cobro de las primas con los recibos de autorización de contratación de suma opcional, firmados y sellados por el Banco Central. En caso de que un jubilado falleciera antes de realizar el pago del seguro opcional, la Aseguradora pagará la indemnización según la suma asegurada reportada por el Banco al inicio de la vigencia, deduciendo la prima correspondiente de la indemnización. La prima será pagada en las oficinas de la Aseguradora. El periodo para el pago de la prima será a más tardar en un máximo de 30 días calendario después de la fecha que el Banco haya convenido al inicio de la vigencia (grupo inicial), y para los jubilados nuevos, 30 días calendario después de la fecha de ingreso a las categorías. En caso de que un jubilado no cancele la prima opcional en el período establecido, se dejará sin efecto la suma opcional reportada.
* Edad alcanzada por el jubilado al inicio de cada vigencia.
DETALLE DE COBERTURAS POR TIPO DE PÓLIZA
COBERTURAS SEGUROS DE GASTOS MÉDICO-HOSPITALARIO
La presente Póliza cubre los gastos médico-hospitalarios que sean calificados como justos, razonables y acostumbrados para cada tratamiento que el asegurado o sus dependientes efectúen con motivo de enfermedad o accidente cubierto, originados durante la vigencia del seguro. El detalle de las coberturas que se presentan a continuación, serán las mínimas requeridas por el Banco Central y prevalecerán sobre cualquier condición general presentada por la Aseguradora.
1- Consulta general externa y por especialidades
2- Visitas médicas en el hospital sin límite siempre que se justifique por el médico tratante.
3- Honorarios médicos para consulta ambulatoria fuera de Red, máximo US\$30.00, reembolsado al 80% o 70%, según corresponda después de aplicar deducible.
4- Honorarios de cirujano y Honorarios para Cirujano Asistente, cuando la cirugía lo amerite.
5- Honorarios de Médico Anestesiólogo o Licenciado en Anestesiología, sin limitar a los honorarios del Cirujano (máximo 35 % de los honorarios del Cirujano principal).
6- Análisis de laboratorio, estudios de rayos "X", electrocardiografía, otros.

7- Exámenes computarizados "SCAN" u otros resultantes, acordes a la tecnología moderna.
8- Gastos de Fisioterapeutas.
9- Transfusiones de sangre, plasma, suero y otras sustancias semejantes.
10. Consumo de oxígeno, terapia respiratoria y nebulizaciones.
11- Aparatos de yeso, prótesis u ortopedia, sillas de ruedas, muletas, cama especial, pulmón artificial y otros aparatos semejantes. Se podrá autorizar compra de muletas y silla de ruedas, cuando el tiempo de prescripción supere el costo de compra.
12- Tratamiento de radio o terapia radioactiva. quimioterapia, rayos láser y criocirugía, incluyendo ozonoterapia, crioterapia, fisioterapia y cualquier otro avance tecnológico utilizado para el tratamiento de la cura de una enfermedad o con fines de diagnóstico. (sin costo adicional)
13- Transporte de ambulancia terrestre y aérea dentro del territorio salvadoreño y otro país Centroamericano. (sin costo adicional)
14- Avances tecnológicos, razonables en su cuantía, tales como: Resonancia magnética, Litotricia extracorpórea y Cirugía laparoscópica, etc.
15- Complicaciones del embarazo tales como (pero no limitado): Embarazos extrauterinos que requieren cirugía interabdominal, vómitos perniciosos, toxemia de la sangre y embarazo ectópico.
16- Legrados por diagnóstico médico.
17- Maternidad como cualquier otra enfermedad incluyendo sus complicaciones (sin límite). El período de espera será de 12 meses después de la inscripción de la asegurada a la póliza.
18- Atención a recién nacido al momento del parto, atendido por un Neonatólogo calificado, incluyendo Nursería en el hospital, hasta un monto máximo de \$300.00
19- Esterilización en ambos sexos: excepto su reversión
20- Cobertura para tratamientos relacionados con el crecimiento y bajo peso incluyendo medicamentos, hasta US\$5,000.00 por año y por persona.
21- Vacunación y control de niño sano, sin límite de edad y vacunas.
22- Cobertura para hijos desde el momento de su nacimiento, y gastos suministrados a estos por enfermedad contraída después del nacimiento, por condiciones congénitas anormales o por parto prematuro, antes de salir del hospital. Niño sano a partir del 1er. día de nacido.
23- Leche medicada en infante, únicamente durante hospitalización
24- Cobertura para hijos hasta el aniversario más próximo de la póliza, en que cumpla los 25 años de edad, siempre y cuando estén solteros, estudien a tiempo completo y dependan económicamente del asegurado, incluyendo a hijos que por problemas de salud les impidan desarrollar una vida normal hasta los 25 años si no estudian por causa justificada, en ese caso tales dependientes deben residir con el empleado y depender económicamente de él.
25- Gastos de cirugía plástica y reconstructiva causadas por enfermedad cubierta y por accidente, para este último caso, dentro de los 6 meses de ocurrido.
26- Tratamiento de lesiones resultantes de violencia política o popular, siempre y cuando el asegurado sea una mera víctima casual.
27- Gastos de cirugía plástica para el tratamiento de irregularidad congénita en un niño que nazca mientras el padre o la madre estén cubiertos por el seguro.
28- Aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase, ojos o miembros artificiales, causados por accidente.
29- En caso de accidentes y sea necesario tratamiento dental, éste se podrá realizar dentro de los 6 meses después de la fecha de ocurrencia del accidente.

30- Gastos por enfermedades mentales y trastornos nerviosos incluyendo la Psiquiatría o Psicología dentro y fuera del hospital, liquidados como cualquier otra enfermedad e incluso, trastornos de la conducta, de lenguaje y de aprendizaje. Los gastos de los servicios antes descritos deberán ser brindados por un profesional de la salud o de educación, hasta 50 visitas en el año calendario y la cantidad máxima elegible será de US\$ 30.00 por visita, de los cuales se reembolsará según el coaseguro correspondiente.
31- Gastos por enfermedades ocasionadas por epidemias o pandemias y sus consecuencias en la salud.
32- Prostatectomía e Histerectomía sin límite de edad
33- Citología y mamografía en la mujer y prueba de próstata en el hombre, ambos por control una vez en el año, incluyendo la consulta del médico, sin deducible.
34- Tratamiento para Menopausia y andropausia.
35- Curas de hernias de cualquier tipo.
36- Circuncisiones por cualquier causa.
37- Tratamientos por inyección esclerosante y venas varicosas.
38- Trasplante de órganos. Hasta 100% del máximo vitalicio
39- Acné inflamatorio o infeccioso
40- Toxoplasmosis con o sin hospitalización.
41- Queratoplastia, Queratotomías o Queratoconos en casos mayores de 5 grados, en uno o ambos ojos.
42- Cobertura para la corrección de cataratas y pterigión incluyendo la implantación de lente intraocular y sus consultas médicas (sin límite de edad). Para las Clases 3 y 5, esta cobertura será otorgada vía reembolso.
43- Cobertura ocupacional y no ocupacional para empleados y dependientes.
44- Cobertura para la Apnea del sueño hasta un máximo de \$ 500.00 por persona.
45- Cobertura para compra de zapatos o plantillas ortopédicas, liquidables al 80% del valor de compra (máximo 2 pares por año). Para las Clases 1, 2 y 4 será sin aplicación de deducible.
46- Cobertura de alquiler o compra de aparatos auditivos, cuando los mismos sean indicados a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto en la póliza.
47- Gastos de enfermera privada (graduada) siempre que no tenga ningún grado de parentesco con el asegurado, que no resida en casa del asegurado y que el médico tratante lo indique, para la aplicación de tratamientos especializados.
48- Gastos por tratamiento de enfermedades de Transmisión Sexual y sus complicaciones. Para gastos por tratamiento de VIH-SIDA, se cubre hasta el 50% del máximo vitalicio.
49- Honorarios y tratamientos médicos con medicinas natural, terapias y tratamientos alternativos, toda vez que sean hechas por profesionales registrados en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica. Hasta un máximo de US\$5,000.00 por año y por grupo familiar.
50- Enfermedades de tipo congénito, como cualquier otra enfermedad.
51- Gastos por extracción de las terceras molares impactadas o cordales, sus complicaciones y aún en los casos que requieran intervención quirúrgica, incluyendo consulta de evaluación, medicamentos y rayos X. El arancel máximo por honorarios médicos por extracción y cirugía deberá ser de \$125.00 por pieza.
52- Enfermedades Alérgicas de cualquier tipo, sus pruebas, pago de vitaminas y vacunas, todo sin límite de edad.
53- Vitaminas, y complementos vitamínicos o minerales, siempre y cuando tengan relación con la enfermedad.

54- Cobertura para el tratamiento de afecciones de los pies, debido a infecciones, problemas metabólicos o enfermedad vascular periférica de cualquier etiología. Incluyendo la compra de calzado especial para diabético (liquidables al 80% sin aplicación de deducible del valor de compra, máximo 2 pares por año)
55- Cobertura para varicocele
56- Beneficio de conversión de póliza a individual previa selección
57- Lesiones derivadas de fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico
58- Tratamiento médico o quirúrgico relacionado con la columna vertebral.
59- Cobertura para el tratamiento de la Epilepsia y sus complicaciones, hasta un límite de \$3,000.00 por asegurado.
60- Cobertura automática para cónyuges que contraen matrimonio a partir de la fecha del Acta de Matrimonio. El asegurado contará con 30 días a partir de dicha fecha para presentar el Acta de Matrimonio y solicitar la incorporación del cónyuge a la Póliza, previo registro que también deberá efectuar en el Departamento de Desarrollo Humano del BCR, del nuevo estado civil. En caso de que pasados los 30 días no se presente la documentación requerida para la inscripción del cónyuge, ésta inscripción se efectuará a partir de la fecha en que se reciba dicha documentación. Una vez inscrito el cónyuge, para efectos de esta condición, queda convenido que aplica cláusula de preexistencias.
61- Reinstalación del Máximo Vitalicio por accidente hasta un 50% de la suma asegurada, durante la misma vigencia de la póliza.
62- Restauración anual automática del máximo Vitalicio por el 100% del máximo original, en caso de renovación para todos los asegurados.
63- Continuidad del seguro médico por dos años después de la vigencia normal en ocasión de quedar incapacitado total y permanentemente un asegurado, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente. Sin cobro de prima
64- Traslado de deducible por los últimos tres meses del año, para las Clases 1, 2 y 4. Para tal efecto, el BCR proporcionará el detalle de los asegurados que han cubierto el deducible durante este período.
65- No aplicar deducible y coaseguro cuando el asegurado solicite la coordinación de beneficios, que consiste en reembolsar el porcentaje de coaseguro aplicado por la otra aseguradora, en la que el asegurado titular o sus dependientes inscritos estén cubiertos bajo otra póliza de salud.
66- En caso de hospitalización, accidentes y/o tratamiento de enfermedad grave tales como, pero no limitado a: cáncer, insuficiencia renal crónica, infarto agudo al miocardio y Accidente cerebrovascular, el límite de coaseguro por parte del asegurado será de \$3,500.00 por evento. El máximo de eventos por vigencia de la póliza será de hasta 4 para los asegurados en clases 1, 2 y 4 únicamente.
67- Eliminación de la cláusula de pre-existencia para empleados antiguos, incluyendo la maternidad y aquellas enfermedades de origen congénito y/o hereditario, sin límite de reembolso. Para nuevos empleados o dependientes adicionados (excepto recién nacidos) aplica la pre-existencia de seis (6) meses a partir de la fecha detallada como "fecha del movimiento o cambio" por el Banco.
68- Los beneficios ofertados en salud que sean incurridos en el área centroamericana, serán reembolsados al tipo de cambio de la moneda del país donde se realizó el tratamiento de acuerdo con los aranceles razonables y acostumbrados en cada país de la región. Los gastos que sean incurridos por enfermedad o accidente fuera del área centroamericana se reembolsarán como si fueran incurridos en El Salvador, con base en lo razonable y acostumbrado. Debiendo ser esta cobertura para el empleado y sus dependientes, jubilados y grupo familiar asegurado. Todo lo anterior ya sea que el asegurado decida realizarse el tratamiento fuera del país o por motivos de viaje cualquiera que sea la causa, sin tener previa autorización de la aseguradora.
69- En caso de fallecimiento de un asegurado, se dará continuidad de gastos para los familiares dependientes, hasta el vencimiento de la vigencia del seguro en el que ocurriere el fallecimiento.
COBERTURA SEGURO COLECTIVO DE VIDA
1. Muerte por cualquier causa, incluyendo homicidio desde el primer día de contratada la póliza o desde la fecha de inclusión a la póliza.

2. Muerte accidental, incluyendo el homicidio y lesiones causadas por armas de fuego y/o cortante y/o corto punzante.
3. Muerte accidental especial, en los siguientes casos:
a) Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo de transporte público, no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello.
b) Mientras el asegurado vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores de mina)
c) Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el asegurado se encuentre al principio del incendio.
4. Ayuda económica por invalidez total y permanente. En caso de invalidez total y permanente, se otorga al asegurado \$350.00 como ayuda económica en el momento de ser diagnosticado con la invalidez y previa presentación del dictamen emitido por la AFP, única y adicional al beneficio de Renta por incapacidad total y permanente.
5. Renta por incapacidad total y permanente, por enfermedad o accidente, hasta el cumplimiento de los 65 años de edad, independientemente de la clase o categoría en que se encuentre el asegurado. Este beneficio debe hacerse el 100% de la suma asegurada en un solo pago contra entrega de la incapacidad.
6. Repatriación de restos mortales del Asegurado, en caso en que el fallecimiento ocurra en cualquier país del área Centroamericana, hasta la cantidad de \$3,000.00, aplica únicamente para el Asegurado titular.
7. Exención de primas por incapacidad total y permanente, hasta los 65 años de edad continuando asegurado con la Compañía bajo la cual sufrió el accidente, aunque no se renueve, hasta por dos años adicionales.
8. Gastos funerarios: Clases 1, 2 y 4 por Fallecimiento del titular: US\$ 2,300.00 y por Fallecimiento de dependientes cónyuges o compañero de vida e hijos menores de 25 años de edad, solteros, estudiantes a tiempo completo: US\$2,300.00. Clases 3 y 5 Titular y Dependientes US\$500.00. Hijos discapacitados sin límite de edad. Este beneficio se pagará una vez por evento (fallecimiento titular o dependiente), independientemente si posee este beneficio bajo otro certificado dentro de la misma póliza.
9. El empleado o funcionario que se retire de la institución puede optar por tomar un Seguro de Vida Individual sin prueba de asegurabilidad. Hasta 30 días máximo después de su retiro.
10. Además de los casos normales, se cubrirá como accidente la práctica de cualquier deporte peligroso. Siempre que no se trate de competencia profesional.
11. Reinstalación automática de la Suma Asegurada a su monto inicial por pérdida de miembros accidentalmente.
12. Los empleados recibirán cobertura automática a partir de la fecha en que adquiere el derecho a formar parte del grupo asegurado, independientemente de la fecha que se reporte a la compañía aseguradora.
13. Anulación de la Cláusula de Indisputabilidad.
14. Muerte presunta según la Ley.
15. Riesgo de motociclismo como accidente, siempre que no se trate de una competencia profesional.
16. 20% de anticipación, abonado a la indemnización de vida en caso de fallecimiento, solamente con la notificación de la institución asegurada.
17. En caso de incapacidad total y permanente, cuando fallezca un asegurado antes de cumplir los seis meses de espera de incapacidad a consecuencia de accidente, esta se indemnizará inmediatamente como accidente, sin presentar las pruebas correspondientes del beneficio referido.
18. Doble indemnización por fallecimiento a consecuencia de fenómenos y/o convulsiones de la naturaleza cualquiera que sea la causa para las Clases 1, 2 y 4. Para las Clases 3 y 5 esta condición se aplicará únicamente sobre la suma asegurada básica.
19. Tabla de beneficios de muerte, desmembración y/o pérdida de funciones, pérdida de la vista accidentalmente.

20. Bonificación por Buena Experiencia sin compromiso de renovación: 30% de la diferencia que resulte entre el 70% de primas netas cobradas, menos los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza. La bonificación deberá ser pagada por la compañía posterior a la confirmación del Banco Central de que no hay más siniestros por reportar luego a la finalización de la vigencia de la póliza.

TABLA DE INDEMNIZACIONES SEGURO COLECTIVO DE VIDA BENEFICIO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL		
Invalidez Permanente Total	% SOBRE SUMA ASEGURADA	
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al asegurado, ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%	
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.	100%	
Invalidez Permanente Parcial		
Cabeza:		
Sordera Total e incurable de:		
a. Un oído	30%	
b. De ambos oídos	60%	
Sordera a la mitad e incurable de oído	15%	
Pérdida de la vista en ambos ojos	100%	
Reducción a la mitad de la visión normal en ambos ojos, o pérdida total de un ojo	40%	
Ablación de la mandíbula inferior	50%	
Miembros Superiores: *		
Pérdida total:	Derecho	Izquierdo
a. De un brazo	70%	60%
b. De una mano	65%	55%
c. Del pulgar	20%	15%
d. Del índice	15%	12%
e. Del dedo medio, anular o meñique	10%	8%
Seudoartrosis total de una mano	45%	40%
Seudoartrosis o anquilosis por flexión o extensión de los dedos de la mano:		
a. Del pulgar	20%	15%
b. Del índice	15%	12%
c. Del dedo medio, anular o meñique	10%	8%
Anquilosis del hombro en posición funcional	30%	25%
Anquilosis del codo:		
a. En posición no funcional	20%	16%
b. En posición funcional	15%	12%
Anquilosis de la muñeca:		
a. En posición no funcional	20%	16%
b. En posición funcional	15%	12%
Anquilosis o Seudoartrosis total de brazo:	50%	40%

* Si en la solicitud el asegurado hubiere declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores arriba mencionados

Miembros Inferiores	% SOBRE SUMA ASEGURADA
Pérdida total	
a. De la pierna	55%
b. De un pie	40%
c. Del primer dedo	10%
d. De cualquier otro dedo	5%
Seudoartrosis:	
a. De un muslo	35%
b. De una rótula	30%
c. De un pie	20%
d. Total de una pierna	50%
e. Total de ambas piernas	100%
Anquilosis de la cadera:	
a. En posición no funcional	40%
b. En posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla:	
a. En posición no funcional	30%
b. En posición funcional	15%
Anquilosis del empeine:	
a. En posición no funcional	15%
b. En posición funcional	10%
Acortamiento de miembros:	
a. Por lo menos 5 cms.	15%
b. Por lo menos 3 cms.	10%
c. Por lo menos uno o dos cms.	7%

CONDICIONES ESPECIALES DE CUMPLIMIENTO

1. Inclusiones o exclusiones durante la vigencia de la Póliza: En caso de existir inclusiones o exclusiones durante la vigencia de la póliza, el cálculo de las primas a pagar (por inclusión) o que devuelva la Aseguradora (por exclusión), será efectuado a prorrata y será liquidado en forma semestral, adjuntando los documentos que evidencien dichos movimientos. La devolución de prima procederá independientemente si se indemnizaron siniestros del asegurado o de su grupo familiar excluido mientras se encontró vigente en el seguro. Excepto en casos que el asegurado haya agotado el máximo vitalicio en el seguro Médico Hospitalario. Dichos movimientos deberán calcularse con base a las primas individuales ofertadas por la compañía en su oferta económica. Las inclusiones a las pólizas serán consideradas como parte de las primas anuales adjudicadas para todo el año.

2. Condiciones Generales de Cumplimiento detalladas en el romano III de los Términos de Referencia del Banco: El proveedor se compromete a cumplir como parte del contrato, con las condiciones indicadas de todos los numerales del romano III de dichos Términos de Referencia.

III. PRECIO

El precio total del contrato es por un monto total de **UN MILLÓN SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO DÓLARES CON UN CENTAVO DE DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (US\$1,669,245.01)**. Valor que corresponde a los seguros de personas, específicamente en cuanto a gastos médico-hospitalarios y colectivo de vida.

IV. PLAZO DE VIGENCIA Y ENTREGA DE LAS PÓLIZAS

La vigencia de las pólizas de los seguros de personas, específicamente en cuanto a gastos médico hospitalario y colectivo de vida será a partir de las doce horas del día 31 de diciembre de 2021 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2022.

Para tal efecto, la Póliza de cada seguro, incluyendo la Red de Proveedores y Aranceles, deberá ser entregada a más tardar treinta (30) días hábiles después de la fecha de inicio de vigencia del contrato (31 de diciembre de 2021).

Mientras se entrega cada Póliza, la Aseguradora deberá entregar al Banco Central constancia de cobertura de cada seguro y tendrá vigencia durante el tiempo necesario para la entrega de la póliza definitiva.

La recepción de las pólizas se efectuará a más tardar el último día del plazo antes indicado, lo cual se documentará por medio de Acta de recepción, la cual será firmada y sellada por el/los Administrador(es) del contrato del Banco Central y el representante de la Aseguradora, a entera satisfacción. Posterior a la entrega de las pólizas, el Banco Central contará con un máximo de diez (10) días hábiles para efectuar la revisión de las mismas, y en caso de que se comprobaren errores o diferencias entre lo ofertado y el contenido de las Pólizas, la Aseguradora deberá subsanarlos en un plazo máximo de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud de subsanación. A partir de la fecha de recepción de la subsanación, el Banco Central contará con un máximo de diez (10) días hábiles para verificar la subsanación efectuada por la Aseguradora, para levantar el Acta de recepción definitiva a satisfacción. El incumplimiento en el plazo dará lugar a la penalización

correspondiente conforme a la LACAP y RELACAP.

V. PLAZOS DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Durante la ejecución del contrato, deberán cumplirse los siguientes plazos para la entrega de los servicios requeridos:

a) Pago de indemnización y autorizaciones de procedimientos.

Seguro de Gastos Médico-Hospitalarios

•El período de presentación de Reclamos de Gastos Médicos por parte de los asegurados será hasta un máximo de 4 meses a partir de la fecha de incurridos los gastos.

•El reembolso de Gastos Médicos deberá hacerse efectivo a más tardar 5 días hábiles, a partir de la fecha que la compañía aseguradora recibe el reclamo completo.

•El límite de tiempo para la autorización de las pre-certificaciones deberá ser de hasta 24 horas (un día hábil) para estudios especiales y de hasta 72 horas (tres días hábiles) para procedimientos quirúrgicos. Ambos plazos a partir del momento en que fue recibida la solicitud de pre-certificación.

Seguro Colectivo de Vida

•La indemnización del Seguro de Vida a los beneficiarios deberá ser pagada por la Aseguradora, en un plazo máximo de 7 días hábiles posterior a la presentación de toda la documentación respectiva.

•El pago del beneficio de Gastos Funerarios deberá realizarse a más tardar 2 días hábiles posterior a la notificación por parte del Banco Central. Este plazo de respuesta aplica también para ayuda de gastos funerarios por fallecimiento de dependientes para las Clases 1, 2 y 4, para lo cual el Banco Central documentará posteriormente el siniestro.

b) Reportes, información y servicios requeridos:

- Remitir en forma mensual la Red de Proveedores debidamente actualizada.

- Presentar a más tardar 5 días hábiles después de finalizado el mes, la siniestralidad mensual de la póliza en archivo digital Excel, según formato del Anexo 7-A.1.7 de los Términos de Referencia.

- En caso de existir ingresos hospitalarios de asegurados, la Aseguradora deberá enviar

al Banco un reporte Ingresos Hospitalarios, el cual deberá remitir en forma diaria mientras se encuentre hospitalizado el asegurado, según formato presentado en Anexo 7-A.1.8 de los Términos de Referencia.

- Remitir semestralmente los registros de asegurados:

Seguro médico: número de certificado, nombres de titulares y dependientes por clase con fechas de nacimientos.

Seguro de vida: número de certificado, nombre de titular, suma asegurada, fecha de nacimiento y registro de dependientes.

- Remitir al final de cada vigencia de las pólizas, el registro de cuentas bancarias de todos los asegurados del seguro médico, a la fecha.

- Presentarse al menos dos veces por semana, a las oficinas del Departamento de Desarrollo Humano, ubicado en el Edificio BCR Juan Pablo II, a realizar la recepción de reclamos y demás correspondencia.

VI. LUGAR Y HORARIO DE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

El lugar y horario para realizar la entrega de la póliza, así como entrega de documentación y retiro de reclamos, será en el área de Seguros ubicada en el Sótano del Edificio del Banco Central, situado en Alameda Juan Pablo II y 17 Avenida Norte, San Salvador, previa coordinación con el(los) Administrador(es) de Contrato del Banco.

VII. FORMA DE PAGO

El pago de cada prima de seguro se efectuará por parte del Banco Central, una vez el Departamento de Adquisiciones y Contrataciones haya recibido el original de la Garantía de Cumplimiento de Contrato, y los Administradores de Contrato hayan recibido el original de la(s) póliza(s) respectiva(s), y se haya suscrito la correspondiente Acta de recepción de cada póliza.

Para el trámite de pagos, la Aseguradora presentará al Departamento de Adquisiciones y Contrataciones del Banco Central, Comprobante de Crédito Fiscal emitido conforme lo establece el Art. 114 del Código Tributario, literal a) y cuyo triplicado deberá estar firmado y sellado por la Jefatura del Departamento de Desarrollo Humano, adjuntando el acta de recepción original. La Aseguradora o su designado al obtener el Quedan en

el Departamento de Adquisiciones y Contrataciones por la presentación de los documentos antes indicados, deberá proporcionar un número de cuenta bancaria (de ahorro o corriente), para efectuarle el pago por medio electrónico. Los pagos se harán efectivos en un plazo no mayor de 12 días hábiles, a partir del día siguiente de la fecha en que los citados documentos estén debidamente entregados de conformidad.

El Banco Central, pagará al inicio de la vigencia las primas anuales de acuerdo con el registro de asegurados al 31 de diciembre 2021. Las primas que se generen durante la vigencia de la póliza por movimientos de personal, se pagarán conforme al ajuste semestral. El Banco no estará obligado a pagar las primas que no hayan sido devengadas a la finalización del período contratado.

VIII. SEGUIMIENTO DEL CONTRATO

De conformidad con el Artículo 82 Bis y 122 de la LACAP, el Artículo 74 de su Reglamento y lo acordado en la Resolución Razonada número CIENTO DOS/DOS MIL VEINTIUNO, del día quince de diciembre del año dos mil veintiuno, se nombra Administradores del Contrato para los Seguros de Personas a los Licenciados Karen Urías de Méndez y Edwin López Martínez, ambos Analistas de Recursos Humanos del Departamento de Desarrollo Humano. Los Administradores de Contrato podrán actuar en forma conjunta o independientemente en cada uno de los seguros en los que han sido nombrados, para las firmas de actas y seguimiento de los contratos

La sustitución de los Administradores aquí nombrados se comunicará a la Aseguradora mediante el cruce de cartas.

Los Administradores del Contrato se encargarán de vigilar y constatar el cumplimiento de las obligaciones contractuales. Asimismo, no podrán autorizar a la Aseguradora el cambio de las cláusulas contractuales, cualquier solicitud en este sentido que haga la Aseguradora deberá dirigirla a los Administradores del Contrato, quienes procederán de conformidad a lo que estipula la LACAP, decisiones que para surtir efecto deberán ser notificadas a la Aseguradora, previa autorización del Titular.

Para efecto del seguimiento al servicio contratado, los Administradores del Contrato, serán el enlace administrativo entre la Aseguradora y el Banco, ante quienes concurrirá para que se tomen las providencias necesarias para la buena ejecución del contrato, en lo referente a las obligaciones y resoluciones relacionadas en éste.

IX. GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

Monto

Dentro de los diez días hábiles siguientes de firmado el contrato respectivo, la Aseguradora deberá rendir Garantía de Cumplimiento de Contrato, equivalente a un veinte por ciento (20%) de la suma total contratada. Esta garantía tendrá por objeto garantizar tiempos de entrega y la buena ejecución de las obligaciones emanadas del contrato.

Tipo

Con base al Artículo 34 del Reglamento de LACAP en relación con el Artículo 32 LACAP, la Garantía será emitida en la misma moneda de la oferta y podrá ser Garantía de una institución bancaria o fianza de una sociedad de seguros o afianzadora.

Los Bancos, las sociedades de seguros y afianzadoras extranjeras, las Sociedades de Garantías Recíprocas (SGR), podrán emitir garantías, siempre y cuando lo hicieren por medio de alguna de las instituciones del Sistema Financiero. Las Compañías que emitan las referidas garantías, deberán estar autorizadas por la Superintendencia del Sistema Financiero y ser aceptadas por las instituciones contratantes.

Vigencia

Esta garantía permanecerá vigente desde la fecha de firma del contrato hasta dos meses adicionales al plazo de vigencia de este.

Cobro

Si la Aseguradora incumple alguna de las cláusulas consignadas en el contrato sin causa justificada, se le hará efectiva la garantía de cumplimiento de contrato, sin perjuicio de responsabilidades en que incurra por incumplimiento, de acuerdo a los siguientes casos:

- Incumplimiento del plazo contractual injustificado
- Cuando la Aseguradora no cumpla con lo establecido en las bases de licitación.
- Cuando la Aseguradora no cumpla con las penalizaciones establecidas en el contrato por incumplimiento del mismo.
- En cualquier otro caso que exista incumplimiento por parte de la Aseguradora.

La efectividad de la garantía será exigible en proporción directa a la cuantía y valor de las obligaciones contractuales que no se hubieren cumplido.

Devolución

La garantía será devuelta por la Jefe del Departamento de Adquisiciones y Contrataciones, después que el Administrador de Contrato remita el acta de recepción definitiva y cumplida su vigencia.

Prórroga

En caso de prórroga del contrato, la Aseguradora deberá prorrogar la vigencia de la Garantía de Cumplimiento de Contrato por el tiempo que se prorrogue el mismo, lo anterior se deberá hacer en un plazo máximo de ocho (8) días calendario, posteriores a la fecha de comunicación de la prórroga aprobada.

X. CESIÓN

Queda expresamente prohibido a la Aseguradora traspasar o ceder a cualquier título los derechos y obligaciones que emanan del presente contrato. La trasgresión de esta disposición dará lugar a la caducidad del contrato, procediéndose además a hacer efectiva la garantía de cumplimiento de contrato.

XI. INCUMPLIMIENTO

En caso de mora en el cumplimiento por parte de la Aseguradora de las obligaciones emanadas del presente contrato se aplicarán las multas establecidas en el artículo 85 LACAP.

XII. MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA

De común acuerdo el presente contrato podrá ser modificado o prorrogado en su plazo de conformidad a la Ley. En tales casos, la institución contratante emitirá la correspondiente resolución la cual se relacionará en el instrumento modificatorio.

XIII. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos: a. Bases de Licitación; b. Términos de Referencia; c. Adendas, d. Aclaraciones, e. Enmiendas, f. Consultas, g. La oferta h. Resolución de Adjudicación e i. Otros documentos que emanaren del presente contrato. En caso de controversia entre estos documentos y el contrato, prevalecerá este último.

XIV. INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO

De conformidad al artículo 84 incisos 1º y 2º de la LACAP, la institución contratante se reserva la facultad de interpretar el presente contrato, de conformidad a la Constitución de la República, la LACAP y su Reglamento, demás legislación aplicable y los Principios Generales del Derecho Administrativo y de la forma que más convenga al interés público que se pretende satisfacer de forma directa o indirecta con la prestación objeto del presente instrumento, pudiendo en tal caso girar las instrucciones por escrito que al respecto considere convenientes.

XV. CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR

En caso fortuito o fuerza mayor y de conformidad al artículo 86 de la LACAP, la Aseguradora, previa justificación y entrega de la prórroga de la garantía cuando proceda, podrá solicitar una prórroga del plazo de cumplimiento de las obligaciones objeto del presente contrato. En todo caso, y aparte de la facultad de la institución para otorgar tal prórroga, la misma se concederá por medio de resolución razonada que formará parte integrante del presente contrato.

XVI. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Para resolver las diferencias o conflictos que surgieren durante la ejecución del presente contrato se estará a lo dispuesto en el Título VIII, Capítulo I de la LACAP.

XVII. EXTINCIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato podrá extinguirse por las causales indicadas en el Art. 93 de la LACAP.

XVIII. JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE

Para los efectos jurisdiccionales de este contrato, las partes se someten a la legislación vigente de la República de El Salvador cuya aplicación se realizará de conformidad a lo establecido en el artículo 5 de la LACAP. Asimismo, señalan como domicilio especial el de esta ciudad a la competencia de cuyos tribunales se someten.

XIX. NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones referentes a la ejecución de este contrato serán válidas solamente cuando sean hechas por escrito a las direcciones de las partes contratantes, para cuyos efectos las partes señalan como lugar para recibir notificaciones los siguientes:

- a) BANCO CENTRAL DE RESERVA DE EL SALVADOR, en: Alameda Juan Pablo II, entre 15 y 17 Avenida Norte, Centro de Gobierno, San Salvador.
- b) MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A. en: Alameda Roosevelt, No. 3107, San Salvador.

Así nos expresamos los comparecientes, quienes, enterados y conscientes de los términos y efectos legales del presente contrato, por convenir así a los intereses de nuestros representados, ratificamos su contenido, en fe de lo cual firmamos por duplicado, en la ciudad de San Salvador, el día veintitrés de diciembre del año dos mil veintiuno.



BANCO CENTRAL DE RESERVA



ASEGURADORA





En la ciudad de San Salvador, a las catorce horas y treinta minutos del día veintitrés de diciembre del año dos mil veintiuno.- Ante mí, **GLORIA BEATRIZ HERNÁNDEZ DE CARIÁS**, Notario, de este domicilio, **COMPARECEN**: La Licenciada **HAZEL MIREYA GONZÁLEZ DE SÁNCHEZ**,

Licenciada en Economía,
a quien conozco e identifico

por medio de su Documento Único de Identidad número

_____ , con Número de Identificación Tributaria _____ actuando en

nombre y representación en su calidad de Apoderada General Administrativa y Judicial con Cláusula Especial del **BANCO CENTRAL DE RESERVA DE EL SALVADOR**, Institución Pública Autónoma, de carácter técnico, de duración indefinida, de este domicilio, con personalidad jurídica y patrimonio propio, con Número de Identificación Tributaria cero seiscientos catorce-cero diez mil setecientos setenta y cuatro-cero cero seiscientos, que en lo sucesivo se denominará "El Banco Central" o "El Banco"; y el Licenciado **JORGE ARISTIDES RIVERA CASTRO**, _____ , Licenciado en Administración de Empresas,

_____ a quien no conozco pero en este acto identifico por medio de su Documento Único de Identidad

_____ con Número de Identificación Tributaria

_____ , actuando en su calidad de Apoderado Especial Administrativo y de Representación de la sociedad "**MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A.**", que podrá conocerse comercialmente como "**MAPFRE**" o "**MAPFRE SEGUROS**" o "**MAPFRE EL SALVADOR**", Sociedad Anónima, de nacionalidad salvadoreña, de plazo indefinido, de este domicilio, con Número de Identificación Tributaria cero seiscientos catorce-ciento sesenta mil setecientos quince-cero cero uno-cinco, que en lo sucesivo se denominará "**la Aseguradora**", cuyas personerías más adelante relacionaré y **ME DICEN**: Que reconocen como suyas las firmas que calzan en el documento que antecede, las cuales han sido puestas a mi presencia, en la calidad en que comparecen; así también me dicen que reconocen los conceptos y obligaciones vertidos en tal documento, por medio del cual han celebrado el contrato denominado "**SEGUROS DE PERSONAS, BIENES Y RESPONSABILIDAD CIVIL Y VEHÍCULOS AUTOMOTORES PARA EL BANCO CENTRAL DE RESERVA DE EL SALVADOR, AÑO DOS MIL VEINTIDÓS**". El objeto del documento que antecede es

establecer las condiciones y obligaciones bajo las cuales La Aseguradora se obliga por el precio y condiciones que se estipulan en el contrato para suministrar los Seguros de Personas, descritos como Seguro de Gastos Médico Hospitalarios y Seguro Colectivo de Vida, para el Banco Central de Reserva de El Salvador, correspondiente al año póliza comprendido desde el treinta y uno de diciembre de dos mil veintiuno al treinta y uno de diciembre de dos mil veintidós, ambas fechas a las doce horas del día, de conformidad al acuerdo tomado en Sesión de Consejo Directivo número CD-Cuarenta y uno/dos mil veintiuno, de fecha trece de diciembre de dos mil veintiuno, que contiene la adjudicación parcial de la Licitación Pública número cero seis/dos mil veintiuno, denominada "Seguros de Personas, Bienes, Responsabilidad Civil y Vehículos Automotores para el Banco Central de Reserva de El Salvador, año dos mil veintidós", en la cual se adjudica parcialmente a la Aseguradora el suministro referido. El precio total del contrato es por un monto total de **UN MILLÓN SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO DÓLARES CON UN CENTAVO DE DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**. Valor que corresponde a los seguros de personas, específicamente en cuanto a gastos médico hospitalarios y colectivo de vida. La vigencia de las pólizas de los seguros medico hospitalario y colectivo de vida será a partir de las doce horas del día treinta y uno de diciembre de dos mil veintiuno hasta las doce horas del día treinta y uno de diciembre de dos mil veintidós. Para tal efecto, la póliza de cada seguro, incluyendo la Red de Proveedores y Aranceles, deberá ser entregada a más tardar treinta días hábiles después de la fecha de inicio de vigencia del contrato (treinta y uno de diciembre de dos mil veintiuno). Mientras se entrega cada Póliza, la Aseguradora deberá entregar al Banco Central constancia de cobertura de cada seguro y tendrá vigencia durante el tiempo necesario para la entrega de la póliza definitiva. La recepción de las pólizas se efectuará a más tardar el último día del plazo antes indicado, lo cual se documentará por medio de Acta de recepción, la cual será firmada y sellada por el/los Administrador(es) del contrato del Banco Central y el representante de la Aseguradora, a entera satisfacción. Posterior a la entrega de las pólizas, el Banco Central contará con un máximo de diez días hábiles para efectuar la revisión de las mismas, y en caso de que se comprobaran errores o diferencias entre lo ofertado y el contenido de las Pólizas, la Aseguradora deberá subsanarlos en un plazo máximo de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud de subsanación. A partir de la fecha

de recepción de la subsanación, el Banco Central contará con un máximo de diez días hábiles para verificar la subsanación efectuada por la Aseguradora, para levantar el Acta de recepción definitiva. El incumplimiento en el plazo dará lugar a la penalización correspondiente conforme a la LACAP y RELACAP. El pago de cada prima de seguro se efectuará por parte del Banco Central, una vez el Departamento de Adquisiciones y Contrataciones haya recibido el original de la Garantía de Cumplimiento de Contrato, y los Administradores de Contrato hayan recibido el original de la(s) póliza(s) respectiva(s), y se haya suscrito la correspondiente Acta de recepción de cada póliza. Para el trámite de pagos, la Aseguradora presentará al Departamento de Adquisiciones y Contrataciones del Banco Central, Comprobante de Crédito Fiscal emitido conforme lo establece el Artículo ciento catorce del Código Tributario, literal a) y cuyo triplicado deberá estar firmado y sellado por la Jefatura del Departamento de Desarrollo Humano, adjuntando el acta de recepción original. La Aseguradora o su designado al obtener el Quedan en el Departamento de Adquisiciones y Contrataciones por la presentación de los documentos antes indicados, deberá proporcionar un número de cuenta bancaria (de ahorro o corriente), para efectuarle el pago por medio electrónico. Los pagos se harán efectivos en un plazo no mayor de doce días hábiles, a partir del día siguiente de la fecha en que los citados documentos estén debidamente entregados de conformidad. El Banco Central, pagará al inicio de la vigencia las primas anuales de acuerdo con el registro de asegurados al treinta y uno de diciembre de dos mil veintiuno. Las primas que se generen durante la vigencia de la póliza por movimientos de personal, se pagarán conforme al ajuste semestral. El Banco no estará obligado a pagar las primas que no hayan sido devengadas a la finalización del período contratado. Dentro de los diez días hábiles siguientes de firmado el contrato respectivo, la Aseguradora deberá rendir una garantía de cumplimiento de contrato, equivalente a un veinte por ciento de la suma total contratada. Esta garantía tendrá por objeto garantizar tiempos de entrega y la buena ejecución de las obligaciones emanadas del contrato. Esta garantía permanecerá vigente desde la fecha de firma del contrato hasta dos meses adicionales al plazo de vigencia de este. Además, dentro de los diez días hábiles posteriores a la fecha de la recepción definitiva. En el contrato se encuentran contempladas otras cláusulas para el fiel cumplimiento del mismo, como garantía de cumplimiento de contrato, legislación aplicable y administradores del contrato entre otros. Así se expresaron los comparecientes y yo la suscrita notario DOY FE: I) Que las firmas que se han

relacionado son **AUTÉNTICAS** por haber sido puestas por los comparecientes, a mi presencia, quienes reconocen y ratifican los restantes términos del contrato aludido, otorgado en esta ciudad y en esta misma fecha; **II)** De ser legítima y suficiente la personería con que actúan los comparecientes por haber tenido a la vista: **a)** Respecto de la Licenciada **Hazel Mireya González de Sánchez**: El Testimonio de la Escritura Matriz de Poder General Administrativo y Judicial con Cláusula Especial, otorgado en esta ciudad a las nueve horas del día veinte de abril del año dos mil veintiuno, ante los oficios notariales de Gladys Estela Rivas Coreas, por el Licenciado Douglas Pablo Rodríguez Fuentes, en su carácter de Presidente del Consejo Directivo del Banco Central de Reserva de El Salvador y como Representante Legal del mismo, a favor de la Licenciada González de Sánchez, Vicepresidenta, en el cual consta que está facultada para otorgar actos como el presente. En dicho Poder la Notario autorizante dio fe de la personería del Representante Legal del Banco Central y de la existencia legal de la Institución; y **b)** Respecto del Licenciado **Jorge Arístides Rivera Castro**, por haber tenido a la vista: El Testimonio de la Escritura Pública de Poder Especial Administrativo y de Representación, otorgada en la Ciudad de San Salvador, a las dieciséis horas y cuarenta minutos del día dos de mayo del año dos mil diecinueve, ante los oficios notariales de Manuel Eduardo Pérez Quintanilla, por el señor José Gerardo Smart Flores, actuando en su carácter de Director Vicepresidente Ejecutivo y representante legal de la sociedad "MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A.", a favor del compareciente en la que consta que el Licenciado Rivera Castro, está facultado para otorgar en nombre de la sociedad actos como el presente, en dicho poder aparece debidamente comprobada la naturaleza, el domicilio y la existencia legal de la sociedad, así como la personería jurídica con que actúa el compareciente. El poder relacionado se encuentra inscrito en el Registro de Comercio al número NUEVE del libro UN MIL NOVECIENTOS TREINTA Y TRES del Registro de Otros Contratos Mercantiles. Así se expresaron los comparecientes a quienes expliqué los efectos legales de esta acta notarial, que consta de tres hojas leída que les fue por mí, íntegramente en un solo acto, ratificaron su contenido y firmamos. **DOY FE.**


BANCO CENTRAL DE RESERVA


ASEGURADORA





