

NOMBRE DE LA EMPRESA: **LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A. (NIT: 0614-140783-001-8)**

UNIDAD SOLICITANTE: **DESARROLLO HUMANO**

Solicito a usted(es) entregar a La Caja Mutual de los Empleados del Ministerio de Educación, lo requerido en esta orden

CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
<p><b>SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO PARA EL PERSONAL Y DIRECTORES PROPIETARIOS(AS) DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA CAJA MUTUAL DE LOS EMPLEADOS DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, PARA EL AÑO 2019, SEGÚN EL SIGUIENTE DETALLE:</b></p> <p>23 EMPLEADOS SIN FAMILIA 75 EMPLEADOS CON FAMILIA</p> <p>El seguro Médico – Hospitalario se requiere con una vigencia desde las 0:00 del 15 de junio de 2019 hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre del 2019, para:</p> <p>90 empleados(as) y sus grupos familiares (Cónyuges o Compañeros(as) de vida e Hijos(as) solteros, estudiantes a tiempo completo y dependientes económicamente del asegurado, hasta los 25 años de edad.</p> <p>8 Directores Propietarios del Consejo Directivo, con un límite de edad de 80 años y sus Grupos Familiares (Conyugues o Compañeros(as) de vida e hijos (as) solteros, estudiantes a tiempo completo y dependientes económicamente del asegurado, hasta los 25 años de edad.</p> <p>* Hijos(as) con cualquier tipo de discapacidad total o permanente, sin límite de edad. * Límite de edad para estar asegurado en la póliza para titulares y cónyuge o compañeros de vida, hasta los 80 años.</p> <p><b>PRIMAJE, SUMA ASEGURADA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN</b> <b>VALOR PRIMAJE ANUAL: \$ 15,000.00</b></p> <p>* El valor de la suma asegurada para cada persona con cobertura del seguro (individual por empleado, funcionario y cada miembro de la familia Cónyuge o Compañero de Vida, e hijos dependientes) será de \$15,000.00 por asegurado, renovables por año póliza.</p> <p><b>Porcentaje de reembolso de gastos, deducibles u otros:</b></p> <p>* Deducible fuera de Red \$ 75.00 por año póliza y será vía reembolso, máximo 2 deducibles por grupo familiar, porcentaje de reembolso por evento: el asegurado participará con el 20% del total de gastos médicos elegibles y la compañía será responsable del 80% restante.</p> <p>* La contratación solo es para Seguro Médico-Hospitalario.</p> <p>* La Compañía Aseguradora proporcionará: La RED RPN; aplica únicamente en el territorio de El Salvador y demás países de Centroamérica excluyendo Belice y Panamá, será vía reembolso. Incluye: Médicos Generales y Especialistas, como mínimo en las siguientes especialidades: Alergología, Cardiología, Cirugía General, Cirugía Oncológica, Coloproctología, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapeutas, Gastroenterología, Ginecología, Hematología, Intensivista o Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Reumatología, Urología; todos los profesionales con los permisos legales correspondientes, exigibles en El Salvador.</p> <p>El Límite geográfico de la cobertura del Seguro: Centroamérica, excluye Belice y Panamá.</p> <p>* <b>Cobertura de pre-existencias: Para el grupo inicial:</b> Se cubren las condiciones preexistentes para las personas que forman parte del grupo inicial, entendiéndose como grupo inicial a los declarados en los términos de referencias.</p> <p>* La Compañía Aseguradora, proporcionará a los asegurados y su grupo familiar: La RED RPN; sin embargo, el asegurado que decida no hacer uso, de dicha red, podrá optar por su médico general o especialista y el pago del reclamo será vía reembolso. Se entregará carnet para consultas de médicos en red de acuerdo al directorio médico que se proporcionará a los asegurados; por consulta se cancelará \$4.00.</p> <p><b>Otras condiciones:</b></p> <p>Para efecto de los movimientos de los asegurados: nuevas contrataciones (inclusiones) la prima se cobrará a prorrata, exclusiones (despidos o renunciaciones), la devolución será aplicada a primas pendientes de pago.</p> <p>* La Compañía Aseguradora nombrará como contraparte para la administración de la póliza del seguro médico-hospitalario, un contacto que facilite los trámites y consultas de los reclamos correspondientes, proporcionando nombre, correo electrónico y teléfono que comunicará a administradora de la orden de compra, debiendo estar en permanente coordinación.</p> <p>* Se dará una charla de capacitación al personal y una para los miembros del Consejo Directivo de La Caja, sobre la forma de acceso a los servicios, las ubicaciones de los hospitales y consultorios médicos de la RED y el llenado de formularios correspondientes en el caso de los reclamos, así como de cualquier otra información relevante para el mejor uso de la prestación.</p> <p>Se realizará a toma de exámenes anual de: Mujeres: Citología, Mamografía, examen de colesterol y triglicéridos y examen general de sangre. Hombres: Prueba Sanguínea del Antígeno Prostático específico (PSA), examen de colesterol, triglicéridos y examen general de sangre; esto es aplicable únicamente para los titulares del seguro médico hospitalario y hasta la suma de \$100.00 anuales por persona, cobertura sujeta a coaseguro y sin aplicación de deducible; para este beneficio, el asegurado deberá hacer uso exclusivamente de la RED RPN.</p> <p><b>Coberturas Mínimas:</b></p> <p>* Consulta de emergencias: Porcentaje de reembolso por evento: El asegurado participará con el 20% del total de gastos médicos elegibles y la compañía será responsable del 80% restante.</p> <p>* Honorarios médicos y cirujanos autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados al asegurado, mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica o consultorio particular.</p> <p>* Servicios de hospital o clínica, que incluye el costo de habitación y alimentos, así como medicamentos consumidos por el asegurado, mientras se encuentre hospitalizado, costo hasta la suma de \$40.00 diarios.</p> <p>* Gastos de sala de operación, curación, cuidados intensivos, emergencias, pequeñas cirugías o de recuperaciones.</p> <p>* Gastos de Anestesia y honorarios de anesthesiólogos debidamente autorizados, hasta un 35% de los horarios del cirujano principal.</p> <p>* Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, prescritos por el médico que atiende al asegurado.</p> <p>* Gastos de análisis de laboratorio, estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía, tomografía axial computarizada, "scan".</p> <p>* Transfusiones de sangre, plasma u otras sustancias semejantes.</p> <p>* Costos de aparatos de yeso, de prótesis u ortopedia, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas, u otros aparatos ortopédicos; cuando estén indicados por el médico tratante.</p> <p>* Gastos de consumo de oxígeno; terapia respiratoria y nebulizaciones.</p> <p>* Gastos por el alquiler de muletas, sillas de ruedas, camas especiales para enfermo, u otros aparatos semejantes; así como el alquiler de órganos mecánicos (pulmón artificial, riñón artificial, etc.), siempre y cuando estén indicados por el médico tratante.</p> <p>* Gastos por tratamientos de radioterapias radioactiva, quimioterapia, rayos láser y criocirugía.</p> <p>* Únicamente en caso de accidentes los gastos por aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales necesarios.</p> <p>* Gastos por transporte de ambulancia hacia o desde un hospital o clínica, cuando se justifique este servicio y sean necesarios por la gravedad de la enfermedad o lesiones corporales, por un valor mínimo de \$500.00 (excluye casos de maternidad).</p>	<p>\$273.97 \$547.95</p>	<p>\$6,301.31 \$41,096.25</p>

**RECIBIDO GERENCIA**

NOMBRE DE LA EMPRESA: **LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A. (NIT: 0614-140783-001-8)**

UNIDAD SOLICITANTE: **DESARROLLO HUMANO**

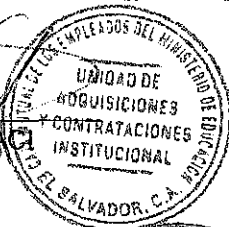

Solicito a usted(es) entregar a La Caja Mutual de los Empleados del Ministerio de Educación, lo requerido en esta orden

CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
<p>*La cobertura de honorarios de enfermera, siempre que el médico tratante determine y justifique la necesidad de atención clínica u hospitalaria; siempre y cuando la enfermera contratada no tenga ningún grado de parentesco con el asegurado y que no resida con él.</p> <p>*Gastos por servicios dentales o alveolares prestados por un profesional para el tratamiento de lesiones accidentales a los dientes naturales a través de medios externos violentos.</p> <p>*Tratamiento de una fisioterapeuta, siempre que sean recomendado expresamente por el médico tratante.</p> <p>* Extracción de terceras molares o cordales impactadas o semi-impactadas, siempre y cuando sean provocadas por una enfermedad o accidente y no por efectos estéticos, hasta un límite de \$100.00 por molar extraída.</p> <p>*Tratamiento de desórdenes mentales y nerviosos: dentro y fuera del hospital. (Consulta, medicamentos y tratamiento), cuando sean justificados por un psiquiatra, hasta la suma de \$500.00.</p> <p>* Gastos por litotricia por ultrasonido, imágenes por resonancia magnética y cirugía laparoscopia, con o sin láser.</p> <p>* Alergias producidas por picaduras de animales, ingestión de alimentos o ingestión de medicamentos.</p> <p>*Gastos por circuncisiones por causa de enfermedad, siempre y cuando sea diagnosticada por un médico certificado.</p> <p>* Gastos de cirugía plástica o de belleza, por accidente (dentro de los 6 meses posteriores al accidente).</p> <p>* Prostatectomía e histerectomía, hasta un límite de edad de 65 años.</p> <p>* Lesiones o enfermedades que resulten a consecuencia de fenómenos de la naturaleza.</p> <p>* Vacunas preventivas hasta un límite de \$200.00 por año calendario y hasta los 10 años de edad.</p> <p>* Los exámenes con avances tecnológicos con fines de diagnóstico.</p> <p>* Cobertura para tratamientos de la epilepsia y sus complicaciones, hasta un límite de \$1,000.00 por asegurado y/o grupo familiar.</p> <p>* Hernias de cualquier tipo.</p> <p>* Trasplante de órganos, hasta un mínimo del 25% de la suma asegurada, por lo menos para el asegurado principal.</p> <p>* Zapatos Ortopédicos, por prescripción médica, un par por año</p> <p>* Gastos resultantes de epidemias declaradas o no como tal por el Gobierno.</p> <p>* Cirugías oftalmológicas (Incluye pterigión y cataratas), hasta 75 años de edad y con un valor máximo de \$3,000.00 por año de vigencia, por persona y/o grupo familiar.</p> <p>* Vitaminas y complementos vitamínicos y minerales siempre y cuando sean prescritos para la curación y tratamiento de una enfermedad.</p> <p>* Cobertura de Toxoplasmosis, con o sin hospitalización.</p> <p>* Cobertura ocupacional y no ocupacional.</p> <p>* Cobertura de andropausia y menopausia, hasta la edad de 60 años y con un límite máximo de \$1,000.00, por tratamiento incluyendo consultas y recetas por año póliza.</p> <p>* Tratamiento para la Osteoporosis (Incluyendo medicamentos y densitometría).</p> <p>* Esterilización para ambos sexos, por prescripción médica, hasta la suma de \$600.00</p> <p><b>Tiempo de entrega de póliza:</b> preferentemente 8 días hábiles, posteriores a la entrega de la Orden de Compra. (La cobertura se brindará a partir del primer día mediante nota de cobertura).</p> <p><b>Lugar de entrega:</b> Edificio Caja Mutual, Blvd. Dr. Héctor Silva, Calle Guadalupe #156, Colonia Médica, San Salvador.</p> <p>Las otras Coberturas que pueda ofrecer la Compañía Aseguradora, se encuentran adjuntas a la oferta adjudicada.</p> <p>Las especificaciones técnicas de la Libre Gestión, así como la oferta adjudicada, son parte integrante de esta orden de compra, así como las demás condiciones que regula la póliza respectiva.</p> <p><b>Administradora de la orden de compra: Sonia Daysi Mena Durán, Jefa de Desarrollo Humano.</b></p>		
<b>**SON CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE 56/100 DOLARES**</b>		<b>\$ 47, 397.56</b>

**FORMA DE PAGO: UN SOLO PAGO CON QUEDAN A 30 DÍAS CALENDARIOS DESPUÉS DE RECIBIR LA PÓLIZA A SATISFACCION Y PRESENTACIÓN DE LA FACTURA RESPECTIVA. \* EN LA OFERTA SE ESTABLE QUE LOS SEGUROS DEL RAMO DE PERSONAS, SON EXENTOS DEL IVA, DE ACUERDO AL ART. 46 LITERAL J) DE LA LEY DEL IMPUESTO A LA TRANSFERENCIA DE BIENES MUEBLES Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS (IVA).**



*[Firma]*  
REALIZADO UACI

*[Firma]*  
Vo. Bo. Jefe Unidad de Administración

*[Firma]*  
ADJUDICADO  
PRESIDENTE EN FUNCIONES

*[Firma]*  
Vo. Bo. Gerente Interina

Calle Guadalupe y Blvd. Dr. Héctor Silva # 156, Col. Médica, Edificio de Caja Mutual, San Salvador  
Tel. 2132-4130/31