

NOMBRE DE LA EMPRESA: ASEGURADORA VIVIR, SOCIEDAD ANONIMA, SEGUROS DE PERSONAS
(NIT 0614-221299-101-6)

UNIDAD SOLICITANTE: RECURSOS HUMANOS

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>SEGURO MEDICO HOSPITALARIO EMPLEADOS (AS) Y FUNCIONARIOS (AS) DE LA CAJA Y SU RESPECTIVO GRUPO FAMILIAR, SEGÚN DETALLE:</p> <p>EMPLEADO SOLO</p> <p>EMPLEADO CON FAMILIA</p> <p>GRUPO ELEGIBLE Y EDADES DE COBERTURA</p> <p>El seguro Médico – Hospitalario se requiere con una vigencia desde las 0:00 del 01 de febrero de 2017 hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre del 2017.</p> <p>Los 83 empleados(as) y sus grupos familiares (Cónyuges o Compañeros (as) de Vida e Hijos (as) hijastros e hijos adoptivos económicamente dependientes y que sean solteros, al cumplimiento de los 25 años.</p> <p>Siete miembros del Consejo Directivo con un límite de edad de 80 años y sus Grupos Familiares (Conyugues o Compañeros de vida e hijos, hijastros e hijos adoptivos económicamente dependientes y que sean solteros, al cumplimiento de los 25 años.</p> <p>a efecto de los movimientos de los asegurados: nuevas contrataciones (inclusiones), exclusiones (despidos o renunciaciones) o cambio de tipo de empleado, el mecanismo a cobrar la prima, será a prorrata.</p> <p>PRIMAJE, SUMA ASEGURADA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN</p> <p>VALOR PRIMAJE ANUAL: \$ 15,000.00</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, anual renovable por año póliza.</p> <p>* Porcentaje de reembolso de gastos, deducibles u otros:</p> <p>Deducible en Red: SIN DEDUCIBLE.</p> <p>Deducible fuera de Red \$ 60.00 por año póliza, porcentaje de coaseguro 80/20</p> <p>* La contratación solo es para Seguro Médico-Hospitalario.</p> <p>* La Compañía Aseguradora, Proporcionara una Red completa de proveedores, mínimo en las tres regiones del país: en San Salvador completo.</p> <p>Red médica en San Miguel, La Unión, Santa Ana, Ahuachapán, Sonsonate, La Libertad, Chalatenango, San Vicente. El cual incluye: Médicos Generales y Especialistas, como mínimo en las siguientes especialidades: Alergología, Cardiología, Cirugía General, Cirugía Oncológica, Coloproctología, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapias, 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>* La Compañía Aseguradora, Proporcionara una Red de atención Médica completa de proveedores, mínimo en las tres regiones del país: en San Salvador completo.</p> <p>Red médica en San Miguel, La Unión, Santa Ana, Ahuachapán, Sonsonate, La Libertad, Chalatenango, San Vicente. El cual incluye: servicio de Hospitales, Laboratorios Clínicos, Laboratorios de Gabinete Radiológicos y Estudios Patológicos y farmacias para la dotación de los medicamentos que sean recetados. Todos los proveedores deberán contar con los permisos legales correspondientes, exigibles en El Salvador.</p> <p>* La Compañía Aseguradora, proporcionara a los asegurados y su grupo familiar: Carnet, sistema FONOVIVIR, consulta a un co-pago de \$ 4.00.</p> <p>* Persona contacto de la Compañía Aseguradora: Oliver Avalos con teléfono No 7802-5830, 2521-8329 y correo electrónico: oavalos@segurosvivir.com, como contraparte para la administración de la póliza del seguro médico-hospitalario, que facilite los trámites y consultas de los reclamos correspondientes, quien deberá estar en permanente coordinación con el administrador de la orden de compra de La Caja.</p> <p>* Se dará una charla de capacitación al personal y 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 de atención externa 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>El Límite geográfico de la cobertura del Seguro: Centroamérica, Incluye Belice y Panamá.</p> <p>En oferta anexa indica la cobertura en pre-existencias.</p> <p>GASTOS CUBIERTOS</p> <p>* Consulta de emergencias listadas en Red: 80/20%, sin deducible.</p> <p>Emergencias no listadas aplica deducible de \$ 60.00 por año póliza, porcentaje de coaseguro 80/20, vía reembolso.</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, hasta el máximo de suma asegurada.</p> <p>* Gastos de sala de operación, curación, cuidados intensivos, emergencias, pequeñas cirugías o de recuperaciones.</p> <p>* Gastos de Anestesia y honorarios de anestesiólogos autorizados para ejercer la profesión.</p> <p>* Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, prescritos por el médico que atiende al asegurado. Se presentará facturas a la compañía con formulario de reembolso el cual aplicará deducible.</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>* La cobertura de honorarios de enfermera, siempre que el médico tratante determine y justifique la necesidad de atención clínica u hospitalaria, previa pre autorización de la Compañía.</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, y deberá ser realizado por médico autorizado.</p> <p>* Extracción de terceras molares o cordales impactadas o semi-impactadas.</p> <p>* Tratamiento de desórdenes mentales y nerviosos: dentro y fuera del hospital. (Consulta, medicamentos y tratamiento), siempre que sea necesario y justificado por un psiquiatra calificado.</p> <p>* Gastos por litotricia por ultrasonido, imágenes por resonancia magnética y cirugía laparoscopia, con o sin láser.</p>	<p>\$ 266.00</p> <p>\$ 630.00</p>	<p>\$ 49,420.00</p>



NOMBRE DE LA EMPRESA: ASEGURADORA VIVIR, SOCIEDAD ANONIMA, SEGUROS DE PERSONAS
(NIT 0614-221299-101-6)

UNIDAD SOLICITANTE: RECURSOS HUMANOS

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

<ul style="list-style-type: none"> * Alergias producidas por picaduras de animales, ingestión de alimentos o ingestión de medicamentos. * Gastos por circuncisiones por causa de enfermedad. * Gastos de cirugía plástica o de belleza, por accidente (dentro de los 6 meses posteriores al accidente). * Prostactectomía e histerectomía. * Lesiones o enfermedades que resulten a consecuencia de fenómenos de la naturaleza. * Vacunas preventivas hasta un límite de \$200.00 por año calendario y hasta los 10 años de edad. * Los exámenes con avances tecnológicos con fines de diagnóstico, previa autorización de la Compañía. * Cobertura para tratamientos de la epilepsia y sus complicaciones. * Hernias de cualquier tipo. * Trasplante de órganos, hasta un mínimo del 25% de la suma asegurada, por lo menos para el asegurado principal. * Zapatos Ortopédicos, por prescripción médica, un par por año, hasta los 7 años de edad. * Gastos resultantes de epidemias declaradas o no como tal por el Gobierno. * Cirugías oftalmológicas (Incluye pterigión y cataratas). * Vitaminas y complementos vitamínicos y minerales siempre y cuando sean prescritos para la curación y tratamiento de una enfermedad. * Cobertura de Toxoplasmosis, con o sin hospitalización. * Cobertura ocupacional y no ocupacional. * Cobertura de andropausia y menopausia, hasta un máximo de \$ 250.00 por año póliza, hasta los 50 años de edad. * Tratamiento para la Osteoporosis (Incluyendo medicamentos y densitometría). * Esterilización para ambos sexos, por prescripción médica. <p>Tiempo de entrega: 15 días hábiles, posteriores a la entrega de la orden de compra, siempre y cuando esté completa la documentación en la compañía (la cobertura se brindará a partir del primer día mediante nota de cobertura).</p> <p>Las otras Coberturas que pueda ofrecer la Compañía Aseguradora, se encuentran adjuntas a la oferta adjudicada. No se cubren preexistencias.</p> <p>En caso de movimientos de asegurados (inclusiones, exclusiones o cambio de tipo de empleado), la prima será calculada a prorrata, utilizando los precios unitarios arriba detallados.</p> <p><u>Las especificaciones técnicas de la Libre Gestión, así como la oferta adjudicada, son parte integrante de esta orden de compra.</u></p> <p>Administradora de la orden de compra: Sonia Daysi Mena Duran, Jefe de Recursos Humanos.</p> <p>**SON CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTE 00/100 DOLARES**</p>		<p>\$ 49,420.00</p>
--	--	----------------------------

FORMA DE PAGO: UN SOLO PAGO.

NOTA: Se retendrá en concepto de anticipo del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la prestación de Servicios, el 1% por ciento, de conformidad al artículo 162 del Código Tributario, por lo que deberá emitir la factura indicando el valor de la retención.

Realizado
UACI




ADJUDICADO
Presidente




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

rgv

RECIBIDO CONTABILIDAD
8/2/17

PRESUPUESTO
Recibido: 
8.2.17
RECIBIDO UFI
Fecha: 8-2-17
Nombre: 

RECIBIDO RECURSOS HUMANOS
CAJA MUTUAL DE LOS EMPLEADOS DEL MINISTERIO DE EDUCACION EL SALVADOR, C.A.

Recibido
Sra González
Be safe Asesores.
8/2/17

