

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

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>SEGURO MÉDICO-HOSPITALARIO PARA EL PERSONAL Y FUNCIONARIOS(AS) DE LA CAJA MUTUAL DE LOS EMPLEADOS DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, PARA EL AÑO 2018, SEGÚN DETALLE:</p> <p>EMPLEADO SOLO EMPLEADO CON FAMILIA GRUPO ELEGIBLE Y EDADES DE COBERTURA</p> <p>El seguro Médico – Hospitalario se requiere con una vigencia desde las 0:00 del 01 de Marzo de 2018 hasta las 24:00 horas del 31 de diciembre del 2018.</p> <p>Los 91 empleados(as) y sus grupos familiares (Cónyuges o Compañeros(as) de Vida e Hijos(as)) hasta el cumplimiento de los 25 años, siempre que dependa económicamente de los padres y sean solteros, estudiantes a tiempo completo. Ocho miembros del Consejo Directivo con un límite de edad de 80 años y sus Grupos Familiares (Conyugues o Compañeros(as) de vida e hijos (as)) hasta el cumplimiento de los 25 años, siempre que dependa económicamente de los padres y sean solteros; estudiantes a tiempo completo.</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, renovable por año póliza.</p> <p>* Porcentaje de reembolso de gastos, deducibles u otros: *Deducible en Red: Exoneración de deducible en red. *Deducible fuera de Red \$ 60.00 por año póliza, porcentaje de coaseguro 80/20 * La contratación solo es para Seguro Médico-Hospitalario. * La Compañía Aseguradora, proporcionará una Red completa: RED VIVIR en El Salvador y Centroamérica por reembolso. Incluye: Médicos Generales y Especialistas, como mínimo en las siguientes especialidades: Alergología, Cardiología, Cirugía General, Cirugía Oncológica, Coloproctología, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapistas, 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. El Límite geográfico de la cobertura del Seguro: Centroamérica, incluye 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. <b>Para nuevas inclusiones:</b> Gozarán de cobertura las preexistencias que sean declaradas y aceptadas formalmente a través de endoso por la compañía. Las preexistencias no declaradas y/o enfermedades graves tales como, pero no limitadas a: Cáncer, Insuficiencia Renal, HIV SIDA, Infarto agudo al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiples, Alzheimer, enfermedad de Parkinson, by pass, Aortocoronario e Insuficiencia Hepática, así como maternidades en curso, no serán cubiertas en ningún momento.</p> <p>* La Compañía Aseguradora, proporcionará a los asegurados y su grupo familiar: Carnet, consultas ambulatorias ilimitadas en red, a un co-pago de \$ 5.00. Consulta general, ginecología y pediatría gratis en toda la red de clínicas Pro Familia.</p> <p><b>Otras condiciones:</b> Para efecto de los movimientos de los asegurados: nuevas contrataciones (inclusiones), exclusiones (despidos o renunciaciones) o cambio de tipo de empleado, el mecanismo para cobrar la prima o para entregar la prima no devengada, será a prorrata.</p> <p>* Persona contacto de la Compañía Aseguradora: Oliver Avalos con teléfono No 7802-5830, 2521-8329 y correo electrónico: oavalos@seguros Vivir.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 dos 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 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><b>Coberturas Mínimas:</b> * Consulta de emergencias: 80%, con o sin hospitalización: beneficio que aplica en los hospitales afiliados a la red y de acuerdo a emergencias listadas. * 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. * 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 máximo diario por habitación \$40.00. * Gastos de sala de operación, curación, cuidados intensivos, emergencias, pequeñas cirugías o de recuperaciones. * Gastos de Anestesia y honorarios de anestesiólogos autorizados para ejercer la profesión. * Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, prescritos por el médico que atiende al asegurado. * Gastos de análisis de laboratorio, estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía, tomografía axial computarizada, "scan". * Transfusiones de sangre, plasma u otras sustancias semejantes. * 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. * Gastos de consumo de oxígeno; terapia respiratoria y nebulizaciones. * 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. * Gastos por tratamientos de radioterapias radioactiva, quimioterapia, rayos láser y criocirugía. * Únicamente en caso de accidentes los gastos por aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales necesarios. * 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). * 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. * 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. * Tratamiento de una fisioterapeuta, siempre que sean recomendado expresamente por el médico tratante. * Extracción de terceras molares o cordales impactadas o semi-impactadas. * Tratamiento de desórdenes mentales y nerviosos: dentro y fuera del hospital. (Consulta, medicamentos y tratamiento), cuando sean justificados por un psiquiatra.</p>	<p>\$312.00 \$695.00</p>	<p>\$7,176.00 \$52,820.00</p>

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

**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
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gastos por litotricia por ultrasonido, imágenes por resonancia magnética y cirugía laparoscopia, con o sin láser.</li> <li>* Alergias producidas por picaduras de animales, ingestión de alimentos o ingestión de medicamentos.</li> <li>*Gastos por circuncisiones por causa de enfermedad.</li> <li>* Gastos de cirugía plástica o de belleza, por accidente (dentro de los 6 meses posteriores al accidente).</li> <li>* Prostactectomía e hysterectomía.</li> <li>* Lesiones o enfermedades que resulten a consecuencia de fenómenos de la naturaleza.</li> <li>* Vacunas preventivas hasta un límite de \$200.00 por año calendario y hasta los 10 años de edad.</li> <li>* Los exámenes con avances tecnológicos con fines de diagnóstico.</li> <li>* Cobertura para tratamientos de la epilepsia y sus complicaciones.</li> <li>* Hernias de cualquier tipo.</li> <li>* Trasplante de órganos, hasta un mínimo del 25% de la suma asegurada, por lo menos para el asegurado principal.</li> <li>* Zapatos Ortopédicos, por prescripción médica, un par por año</li> <li>* Gastos resultantes de epidemias declaradas o no como tal por el Gobierno.</li> <li>* Cirugías oftalmológicas (Incluye pterigión y cataratas).</li> <li>* Vitaminas y complementos vitamínicos y minerales siempre y cuando sean prescritos para la curación y tratamiento de una enfermedad.</li> <li>* Cobertura de Toxoplasmosis, con o sin hospitalización.</li> <li>* Cobertura ocupacional y no ocupacional.</li> <li>* Cobertura de andropausia y menopausia.</li> <li>* Tratamiento para la Osteoporosis (Incluyendo medicamentos y densitometría).</li> <li>* Esterilización para ambos sexos, por prescripción médica.</li> </ul> <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. 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 Duran, Jefa de Desarrollo Humano.</b></p>		
<b>**SON CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS 00/100 DOLARES**</b>		<b>\$ 59,996.00</b>

**FORMA DE PAGO: UN SOLO PAGO CON QUEDAN A 8 DÍAS**

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



  
W. Echeverri  
Vo Bo



  
ADJUDICADO  
PRESIDENTE  


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