



**Secretaría de Estado en el
Despacho de Defensa Nacional
SEDENA**

Fuerzas Armadas de Honduras

PLIEGO DE CONDICIONES

CONTRATACION DIRECTA

No. CD-002-2020-SDN

**“CONTRATACION DE COMPAÑIA PROVEEDORA DE
SEGUROS COLECTIVOS”**

Fuente de Financiamiento: Fondos Nacionales

Tegucigalpa, M.D.C., enero 2020

CONTENIDO DEL DOCUMENTO

1. Instrucciones a los Oferentes.....	1
2. Condiciones de Contratación.....	13
3. Especificaciones Técnicas.....	15
4. Generalidades.....	35
5. Formularios	37

SECCION I - INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES

IO-01 CONTRATANTE

La *Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional (SEDENA) / Fuerzas Armadas de Honduras*, promueve el Pliego de Condiciones del Proceso de Contratación Directa No. *CD-002-2020-SDN*, “*CONTRATACION DE COMPAÑIA PROVEEDORA DE SEGUROS COLECTIVOS*”, que tiene por objeto el suministro de *Seguros Colectivos: Vida y Médico - Hospitalario del personal de las Fuerzas Armadas de Honduras y la SEDENA, a lo cual debe considerar entre otros, que:*

1. Los actos de fraude y corrupción son sancionados por la Ley de Contratación del Estado, sin perjuicio de la responsabilidad en que se pudiera incurrir conforme al Código Penal.
2. El Contratante no se responsabiliza por la integridad del Pliego de Condiciones y sus enmiendas, de no haber sido obtenidos directamente de este.
3. Es responsabilidad del Oferente examinar todas las instrucciones, formularios, términos y especificaciones de ese Documento. La presentación incompleta de la información o documentación requerida puede constituir causal de rechazo de la oferta.
4. El Contratante, en cualquier momento antes del vencimiento del plazo para presentación de ofertas, podrá enmendar el Pliego de Condiciones de este Proceso mediante la emisión de una enmienda.
5. Toda enmienda emitida formará parte integral del Pliego de Condiciones y deberá ser comunicada por escrito a todos los Oferentes directamente del Comprador.
6. De conformidad al artículo 77 de las Disposiciones Generales de Presupuesto de Ingresos y Egresos de la Republica, Ejercicio Fiscal 2020, En todo contrato firmado por la administración, puede dar lugar a la rescisión o resolución del contrato, sin más obligación por parte del Estado, que el pago correspondiente a las obras o servicios ya ejecutados a la fecha de vigencia de la rescisión o resolución del contrato.

IO-02 TIPO DE CONTRATO

Como resultado de este Proceso se podrá otorgar un contrato de suministro, entre *las Fuerzas Armadas de Honduras* y el oferente adjudicatario.

IO-03 OBJETO DE CONTRATACION

Suministro de *Seguros Colectivos de: a. Vida y b. Médico-Hospitalario (Cobertura de Gastos médicos menores y Seguros de Hospitalización).*

IO-04 IDIOMA DE LAS OFERTAS

Deberán presentarse en español, incluso información complementaria como catálogos técnicos, etc. En caso de que la información complementaria esté escrita en idioma diferente al español, deberá acompañarse de la debida traducción de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

IO-05 PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas se presentarán en: ***La Sub-Jefatura del Estado Mayor Conjunto.***

Atención: ***General de Brigada Don German Velásquez Romero / Presidente de la Comisión de Compras 2020.***

Ubicada en: ***Cuartel General del Estado Mayor Conjunto, barrio el Obelisco, frente al Parque el Soldado, Comayagüela, M.D.C.***

El día último de presentación de ofertas será: la indicada en ***la invitación.***

La hora límite de presentación de ofertas será: ***Diez horas ante meridiano (10:00 a.m.), hora oficial de la Republica de Honduras.***

Es de carácter mandatorio que entre la fecha y hora de recepción de ofertas y fecha y hora de apertura de las mismas solo debe mediar un breve espacio de tiempo para los asuntos de logística (No más de 15 minutos).

El acto público de apertura de ofertas se realizará el mismo día de la presentación de ofertas, indicada en la invitación, en las instalaciones de ***la Sala de Reuniones de la Sub-Jefatura del Cuartel General del Estado Mayor Conjunto, barrio el Obelisco, frente al Parque el Soldado, Comayagüela, M.D.C., a las: Diez horas, con quince minutos (10:15 a.m.), hora oficial de la Republica de Honduras.***

El Oferente financiará todos los costos relacionados con la preparación y presentación de su oferta, y el Contratante no estará sujeto ni será responsable en ningún caso por dichos costos, independientemente de la modalidad o del resultado de este Proceso.

La Oferta, así como toda la correspondencia y documentos relativos a la oferta intercambiados entre el Oferente y el Contratante deberán ser escritos en español y deberá ser cotizada en Lempiras.

IO-05.1 Formato y firma de la oferta

El Oferente preparará un original de los documentos que comprenden la oferta en sobres cerrados de forma inviolable y lo marcará claramente como “ORIGINAL”. Además, el Oferente deberá presentar en sobres separados dos (2) copias de la oferta y marcar claramente cada ejemplar como “COPIA 1” y “COPIA 2”. En caso de discrepancia, el texto del original prevalecerá sobre el de las copias, no se admitirán ofertas electrónicas.

El original y todas las copias de la oferta deberán estar debidamente foliadas y firmadas por la persona debidamente autorizada para firmar en nombre del Oferente, los textos entre líneas, tachaduras o palabras superpuestas serán válidos solamente si llevan la firma o las iniciales de la persona que firma la Oferta.

Los sobres exteriores deberán:

- (a) llevar el nombre y la dirección del Oferente;
- (b) nombre a quien van dirigidos;
- (c) llevar la identificación específica de este proceso de Contratación; y
- (d) llevar una advertencia de no abrir antes de la hora y fecha de apertura de ofertas, especificadas de conformidad a la invitación y este documento.

Si los sobres no están sellados e identificados como se requiere, el Contratante no se responsabilizará en caso de que la oferta se extravíe o sea abierta prematuramente.

IO-05.2 Plazo para presentar oferta

Las ofertas deberán ser recibidas por el Contratante en la dirección indicada y no más tarde que la fecha y hora que se indica en la invitación.

El Contratante podrá a su discreción, extender el plazo para la presentación de ofertas mediante una enmienda a ese Documento. En este caso todos los derechos y obligaciones del Contratante y de los Oferentes previamente sujetos a la fecha límite original para presentar las ofertas quedarán sujetos a la nueva fecha prorrogada.

El Contratante no considerará ninguna oferta que llegue con posterioridad al plazo límite para la presentación de ofertas. Toda oferta que reciba el Contratante después del plazo límite para la presentación de las ofertas será declarada tardía y será rechazada y devuelta al Oferente remitente sin abrir.

IO-05.3 Retiro, sustitución y modificación de las Ofertas

Un Oferente podrá retirar, sustituir o modificar su oferta después de presentada mediante el envío de una comunicación por escrito, debidamente firmada por un representante autorizado, y deberá incluir una copia de dicha autorización (con excepción de la comunicación de retiro que no requiere copias). La sustitución o modificación correspondiente de la oferta deberá acompañar dicha comunicación por escrito. Todas las comunicaciones deberán ser:

- (a) presentadas con los respectivos sobres, que deberán estar claramente marcados “RETIRO”, “SUSTITUCION” O “MODIFICACION” y
- (b) recibidas por el Contratante antes del plazo límite establecido para la presentación de las ofertas.

Las ofertas cuyo retiro fue solicitado por un oferente antes de la fecha y hora límite de presentación de ofertas, serán devueltas sin abrir a los Oferentes remitentes.

Ninguna oferta podrá ser retirada, sustituida o modificada durante el intervalo comprendido entre la fecha hora límite para presentar ofertas y la expiración del período de validez de las ofertas indicado por el Contratante, o cualquier extensión si la hubiese.

IO-05.4 Apertura de las Ofertas

El Contratante llevará a cabo el Acto de Apertura de las ofertas en público en la dirección, fecha y hora establecidas en este Documento:

Primero se abrirán los sobres marcados como “RETIRO” y se leerán en voz alta y el sobre con la oferta correspondiente no será abierto sino devuelto al Oferente remitente. No se permitirá el retiro de ninguna oferta a menos que la comunicación de retiro pertinente contenga la autorización válida para solicitar el retiro y sea leída en voz alta en el acto de apertura de las ofertas. Seguidamente, se abrirán los sobres marcados como “SUSTITUCION” se leerán en voz alta y se intercambiará con la oferta correspondiente que está siendo sustituida; la oferta sustituida no se abrirá y se devolverá al Oferente remitente. No se permitirá ninguna sustitución a menos que la comunicación de sustitución correspondiente contenga una autorización válida para solicitar la sustitución y sea leída en voz alta en el acto de apertura de las ofertas. Los sobres marcados como “MODIFICACION” se abrirán y leerán en voz alta con la oferta correspondiente. No se permitirá ninguna modificación a las ofertas a menos que la comunicación de modificación correspondiente contenga la autorización válida para solicitar la modificación y sea leída en voz alta en el acto de apertura de las ofertas. Solamente se considerarán en la evaluación los sobres que se abren y leen en voz alta durante el Acto de Apertura de las Ofertas.

Todos los demás sobres se abrirán de uno en uno, leyendo en voz alta: el nombre del Oferente y si contiene modificaciones; los precios de la oferta, incluyendo la oferta alternativa; la existencia de la Garantía de Mantenimiento de la Oferta; y cualquier otro detalle que el Contratante considere pertinente. Ninguna oferta será rechazada durante el Acto de Apertura, excepto las ofertas tardías.

El Contratante preparará un acta del acto de apertura de las ofertas que incluirá como mínimo: el nombre del Oferente y si hay retiro, sustitución o modificación; el precio total de la Oferta, y precio individual de las pólizas solicitadas, incluyendo la oferta alternativa permitida; y la existencia o no de la Garantía de Mantenimiento de la Oferta. Se les solicitará a los representantes de los Oferentes presentes que firmen la hoja de asistencia.

IO-05.5 Consorcio

Cada Oferente presentará una sola Oferta, ya sea individualmente o como miembro de un Consorcio. Si el Proveedor es un Consorcio, todas las partes que lo conforman deberán ser mancomunada y solidariamente responsables frente al Comprador por el cumplimiento de las disposiciones del Contrato y deberán designar a una de ellas para que actúe como

representante con autoridad para comprometer al Consorcio. La composición o constitución del Consorcio no podrá ser alterada sin el previo consentimiento del Comprador.

La Garantía de Mantenimiento de la Oferta de un Consorcio deberá ser emitida en nombre del Consorcio que presenta la Oferta.

IO-06 VIGENCIA DE LAS OFERTAS

Las ofertas deberán tener una vigencia mínima de **noventa días calendario** contados a partir de la fecha de presentación de las mismas. Toda oferta con un período de validez menor será rechazada por el Contratante por incumplimiento.

No obstante, en casos calificados y cuando fuere estrictamente necesario, el órgano contratante podrá solicitar la ampliación del plazo a todos los proponentes, siempre que fuere antes de la fecha prevista para su vencimiento. Si se ampliara el plazo de vigencia de la oferta, deberá también ampliarse el plazo de garantía de mantenimiento de oferta.

IO-07 GARANTIA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

La oferta deberá acompañarse de una Garantía de Mantenimiento de Oferta por un valor equivalente, por lo menos, al dos por ciento (2%) del valor total de la oferta.

Se aceptarán solamente fianzas y garantías bancarias emitidas por instituciones debidamente autorizadas y diferentes o no vinculadas al Oferente; cheques certificados y bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público.

La garantía deberá tener una vigencia mínima ciento veinte (120) días calendario, contada a partir de la presentación de las ofertas.

La Garantía de Mantenimiento de la Oferta debe ser presentada en original (no se aceptarán copias). Todas las Ofertas que no estén acompañadas por una Garantía de Mantenimiento de la oferta.

La Garantía de Mantenimiento de Oferta de los Oferentes cuyas Ofertas no fueron seleccionadas serán devueltas inmediatamente después de que el Oferente seleccionado suministre su Garantía de Cumplimiento.

La Garantía de Mantenimiento de la Oferta se podrá hacer efectiva si:

- (a) el Oferente retira su Oferta durante el período de validez de la Oferta especificado por el Oferente en la Oferta; o
- (b) el Oferente seleccionado no acepta las correcciones al Precio de su Oferta, de conformidad a lo estipulado en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento;
- (c) si el Oferente seleccionado no cumple dentro del plazo estipulado con:
 - (i) firmar el Contrato; o
 - (ii) suministrar la Garantía de Cumplimiento solicitada.

IO-08 PLAZO DE ADJUDICACION

La adjudicación del contrato al licitante ganador, se dará dentro de la vigencia de la oferta.

IO-09 DOCUMENTOS A PRESENTAR

Cada oferta deberá incluir los siguientes documentos:

IO-9.1 Información Legal

1. Copia autenticada de escritura de constitución y sus reformas debidamente inscritas en el Registro Mercantil.
2. Copia autenticada del poder del representante legal del oferente, debidamente inscrito en el Registro Mercantil.
3. Copia autenticada de RTN del oferente.
4. Declaración Jurada sobre Prohibiciones o Inhabilidades, artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.
5. Formulario de Presentación de Oferta.
6. La Garantía de Manteniendo de Oferta deberá ser emitida por institución bancaria o aseguradora, diferente a la que está ofertando.
7. La Declaración Jurada de la empresa y de su representante legal debidamente autenticada de no estar comprendido en ninguno de los casos señalados de los artículos 36,37,38,39,40 y 41 de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos.
8. **En caso de que el oferente cuente con la constancia de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE, no deberá presentar los documentos descritos en los incisos 1 al 4, siempre y cuando esta información se encuentre actualizada en dicho registro, solamente bastará con la presentación de la constancia de inscripción antes mencionada.**

IO-9.2 Información Económica

- Plan de Oferta, en la siguiente forma:

Deberá indicar para cada cobertura el precio unitario (tarifa por millar, prima individual y prima total) y un resumen total de precio de la póliza indicando claramente cuál es su oferta económica.

a. Póliza No. 1: Seguro de Vida

Grupo asegurado: Miembros de las Fuerzas Armadas de Honduras: Oficiales, Suboficiales, Tropa y Auxiliares.

Sección I – Instrucciones a los oferentes

DESCRIPCIÓN	No. DE ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL	TARIFA POR MILLAR	PRIMA INDIVIDUAL POR ASEGURADO	PRIMA TOTAL
OFICIALES	2,482				
SUBOFICIALES	1,300				
CADETES	1,050				
TROPA	15,661				
TROPA CAME*	3,000				
ESTUDIANTES SUBOFICIALES **	450				
AUXILIARES	2,428				
TOTAL	26,371				

*Mismas condiciones de la tropa, considerando únicamente dos meses de cobertura.

**Mismas condiciones de la tropa.

b. Póliza No. 2: Seguro de Vida

Grupo asegurado: Miembros de la Policía Militar del Orden Público.

Seguro de Vida

DESCRIPCIÓN	No. DE ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA (VIDA)	TARIFA POR MILLAR	PRIMA INDIVIDUAL POR ASEGURADO	PRIMA TOTAL ANUAL
POLICIA MILITAR DEL ORDEN PÚBLICO	4,209				

Gastos Médicos

c. Póliza No. 3: Seguro de Vida y Gastos Médicos de la SEDENA

Grupo asegurado: Personal Ejecutivo y otros Funcionarios de la SEDENA

Seguro de vida

DESCRIPCIÓN	No. DE ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA (VIDA)	TARIFA POR MILLAR	PRIMA INDIVIDUAL POR ASEGURADO	PRIMA TOTAL ANUAL
CATEGORÍA I SECRETARIO DE ESTADO, SECRETARIO GENERAL, GERENTE ADMINISTRATIVO, AUDITOR INTERNO y DIRECTOR DE DERECHOS HUMANOS	7				
CATEGORÍA II OTROS FUNCIONARIOS	67				
SUB TOTAL VIDA	74				

Seguro Medico

DESCRIPCIÓN	No. DE ASEGURADOS	MÁXIMO VITALICIO (MEDICO HOSPITALARIO)	PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO	PRIMA ANUAL INDIVIDUAL POR ASEGURADO	PRIMA TOTAL ANUAL
CATEGORÍA I SECRETARIO DE ESTADO, SECRETARIO GENERAL, GERENTE ADMINISTRATIVO, AUDITOR INTERNO y DIRECTOR DE DERECHOS HUMANOS	7				
CATEGORÍA II OTROS FUNCIONARIOS	67				
SUB TOTAL MÉDICO	74				

d. Póliza No. 4: Oferta Alternativa: Gastos Médicos Menores: Medicamentos, Laboratorio, Consultas médicas y maternidad.

Grupo asegurado: Miembros de las Fuerzas Armadas: Oficiales, Suboficiales, Tropa y Personal Auxiliar (incluye beneficiarios).

DESCRIPCIÓN	No. DE ASEGURADOS	MÁXIMO VITALICIO	PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO	PRIMA INDIVIDUAL POR ASEGURADO	PRIMA TOTAL ANUAL
OFICIALES	2,482				
SUBOFICIALES	1,300				
TROPA	15,661				
AUXILIARES	2,428				
TOTAL	21,871				

e. Cuadro de Oferta Global

No.	Descripción de la Póliza Ofertada	Prima Anual (Lempiras)
	Impuesto sobre Ventas	
	Oferta Total (Lempiras)	

Plazo de mantenimiento de la Oferta de noventa (90) días calendario

Lugar y Fecha: _____

Firma y Sello: _____

Cargo: _____

Este Plan deberá ser firmado y sellado por el representante legal del ofertante, en papel membretado.

Los precios deberán presentarse en Lempiras y únicamente con dos decimales.

El valor total de la oferta deberá comprender todos los impuestos correspondientes y costos asociados hasta el cumplimiento de las coberturas de las Pólizas de seguros a la Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional / Fuerzas Armadas de Honduras, durante el periodo ofertado de vigencia comprendido del 31 de marzo al 31 de diciembre del año 2020.

El Oferente deberá presentar una oferta por cada de los rubros que se pretenden asegurar:

- a) Colectivo de Vida para los Miembros de las Fuerzas Armadas de Honduras (Oficiales, Sub Oficiales y Tropa).
- b) Seguro de Vida Colectivo y Medico Hospitalario (Miembros de la Policía Militar del Orden Público (PMOP) y Personal Auxiliar de las Fuerzas Armadas.
- c) Seguro de Vida Colectivo y Gastos Medico Hospitalario para el personal auxiliar ejecutivo y el resto del personal de la Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional.
- d) En tabla Oferta Alternativa de Seguro Gastos Médicos Menores: para asegurar al Personal de Oficiales, Sub Oficiales, Tropa y Auxiliares.

*Queda entendido que la oferta alternativa, por aspectos presupuestarios, representará una expresión de interés del Oferente, razón por la cual la Secretaria de Estado en el Despacho de Defensa Nacional / Fuerzas Armadas de Honduras se reserva el derecho a su adjudicación y solo se considerará si es conveniente para la Administración.

IO-10 ACLARACIONES

Período máximo para recibir aclaraciones: ***Cinco días hábiles posteriores a la fecha de la invitación del presente proceso.*** El ente contratante podrá realizar una reunión para aclarar consultas que hayan recibido por parte de uno o más potenciales oferentes, y el Contratante responderá dentro de los ***Cinco días hábiles posteriores a la fecha última de la recepción de aclaraciones.***

IO-11 EVALUACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas serán evaluadas de acuerdo a la siguiente rutina de fases acumulativas:¹

- a) Aspecto Legal: Se evaluará bajo el criterio de cumple o no cumple.
- b) Aspecto Técnico: Se evaluará bajo el criterio de cumple o no cumple.

¹ Para efecto de evaluación, sino pasa la fase legal, ya sea un documento sustancial, según lo indicado en el Pliego de Condiciones no se deberá seguir evaluando ni pasar a la siguiente fase de evaluación.

Sección I – Instrucciones a los oferentes

c) Aspecto Económico: Se compararán los precios totales de las ofertas evaluadas y se ordenarán de la más baja evaluada a la más alta evaluada.

11.1 FASE I, Verificación Legal

Aspectos a verificar:

ASPECTO VERIFICABLE	CUMPLE	NO CUMPLE
La Garantía de Mantenimiento de Oferta asegura los intereses de <i>La Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional</i> / Fuerzas Armadas de Honduras (la especie de garantía es aceptable: Es emitida por una Institución diferente o no vinculada a la Compañía Oferente y su vigencia y valor son suficientes) No subsanable.		
Constancia de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE. ²		
Autorización para que <i>La Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional / Fuerzas Armadas de Honduras</i> pueda verificar la documentación presentada.		

11.2 FASE II, Evaluación Técnica de conformidad a: Sumas, indemnización o beneficios.

ASPECTOS EVALUABLES	CUMPLE	NO CUMPLE
Detalle de los cumplimientos solicitados y obligatorios		
Presentar un ejemplar de la póliza para cada uno de los rubros de los seguros solicitados.		

Los aspectos técnicos que no puedan ser verificados en la documentación emitida por el Oferente, entregada en la oferta, se considerarán no cumplidos y la oferta será descalificada.

Solamente las ofertas que superen las Fases anteriores pasarán a la siguiente Fase, las ofertas que no la superen serán descalificadas.

11.3 FASE III, Evaluación Económica

² En el caso en que el oferente presente la constancia de estar inscrito en el Registro de Proveedores, no deberá presentar copia autenticada de escritura de constitución y sus reformas debidamente inscritas y notificadas, poder del representante legal del oferente, constancia de colegiación del oferente y copia autenticada de RTN del oferente, a menos que alguno de los datos haya cambiado y no haya sido reportado a la ONCAE.

Se realizará la revisión aritmética de las ofertas presentadas y se harán las correcciones correspondientes.

Se compararán los precios totales de las ofertas evaluadas y se ordenarán de la más baja evaluada a la más alta evaluada.

IO-12 ERRORES U OMISIONES SUBSANABLES

Serán subsanables todos los errores u omisiones que no modifiquen la oferta en sus aspectos técnicos, de acuerdo al artículo 132 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado.

Solamente la subsanación de los errores aritméticos podrá afectar la oferta en sus aspectos económicos de la siguiente forma:

- Diferencias entre las cantidades establecidas por la *Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional / Fuerzas Armadas de Honduras* y las ofertadas, prevalecerán las cantidades establecidas por la *Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional / Fuerzas Armadas de Honduras*.
- Inconsistencias entre precio unitario y precio total, prevalecerá el precio unitario.

La Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional / Fuerzas Armadas de Honduras realizará la revisión aritmética de las ofertas presentadas y las correcciones las notificará al ofertante, quien deberá aceptarlas a partir de la recepción de la notificación o su oferta será descalificada.

El valor y el plazo de la Garantía de Mantenimiento de Oferta no serán subsanables.

IO-13 ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO

El contrato se adjudicará al ofertante que haya presentado la oferta mejor evaluada y haya cumplido con todos y cada uno de los requerimientos legales y técnicos, reservándose la administración *el poder negociar el precio del contrato para obtener las condiciones más ventajosas para la administración, previo a los requisitos mínimos solicitados y el alcance final de cada cobertura a beneficio del Contratante*, de conformidad artículo 171 RLCE.

La Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional / Fuerzas Armadas de Honduras, no adjudicará de forma parcial, se reserva el derecho de aceptar y adjudicar a una sola compañía la oferta que de forma global por todos los ramos resulte la más económica, aun cuando de forma individual hubiera una oferta más baja comparada con la compañía adjudicada.

Queda entendido que la oferta alternativa, por aspectos presupuestarios, representará una expresión de interés del Oferente, razón por la cual la Secretaria de Estado en el Despacho de

Defensa Nacional / Fuerzas Armadas de Honduras se reserva el derecho a su adjudicación y solo se considerará si es conveniente para la Administración.

Disposiciones Generales del Presupuesto 2020

ARTÍCULO 75.- En observancia a lo dispuesto en el Artículo 72, párrafos segundo y tercero, de la Ley de Contratación del Estado, la multa diaria aplicable se fija en cero punto treinta y seis por ciento (0.36%), en relación con el monto total del contrato por el incumplimiento del plazo y la misma debe especificarse tanto en el pliego de condiciones como en el contrato de Construcción y Supervisión de Obras Públicas.

Esta misma disposición se debe aplicar a todos los contratos de bienes y servicios que celebren las Instituciones del Sector Público.

IO-14 FIRMA DE CONTRATO

El otorgamiento del contrato, se hará en un plazo máximo de **treinta (30) días** calendario, desde que la adjudicación quede en firme.

Antes de la firma del contrato, el licitante ganador deberá dentro de los **cinco (5) días**³ calendario presentar los siguientes documentos:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Constancia original de la Procuraduría General de la República, de no tener juicios pendientes con el Estado de Honduras.</i> |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Original o copia autenticada de la solvencia vigente del oferente (Sistema de Administración de Rentas).</i>• <i>Constancia de cumplir con el pago del salario mínimo y demás derechos laborales extendida por la Secretaria de Trabajo y Seguridad Social (aplica solo para Servicios de Seguridad y Limpieza, Circular No.CGG-2847-2016, Secretaría de Coordinación General de Gobierno)</i>• <i>Constancia de inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, extendida por la ONCAE (solo en caso de haber presentado constancia de estar en trámite en el momento de presentar la oferta)</i>• <i>Constancia de solvencia por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)</i> |

*Artículo 65, párrafo segundo de la Ley del Seguro Social.

De no presentar la documentación detallada en ese plazo, perderá todos los derechos adquiridos en la adjudicación y se procederá a adjudicar el contrato al ofertante que haya presentado la segunda oferta más baja evaluada y así sucesivamente, ejecutando las Fuerzas Armadas de Honduras, la Garantía de Mantenimiento de Oferta rendida.

³ Para contratos bajo licitación pública LA LCE requiere treinta (30) días para la formalización del contrato

SECCION II - CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

CC-01 ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

La Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional / Fuerzas Armadas de Honduras nombrará un Administrador del Contrato, quien será responsable de verificar la buena marcha y cumplimiento de las obligaciones contractuales, que entre sus funciones tendrá las siguientes:

- a. Dar seguimiento al cumplimiento de las pólizas;
- b. Manejo y control de incidencias;
- c. Registro de siniestralidad;
- d. Pago de indemnizaciones;
- e. Registro y control de reclamos;
- f. Control y gestión de pagos de primas;
- g. Documentar cualquier incumplimiento del Contratista, entre otros.

CC-02 PLAZO CONTRACTUAL

El contrato estará vigente desde ***31 de marzo 2020 al 31 de diciembre del 2020.***

CC-03 CESACIÓN DEL CONTRATO

El contrato cesará en sus efectos, por la expiración del plazo contractual o por el cumplimiento normal de la prestación del servicio o por resolución por incumpliendo.

CC-04 LUGAR DE ENTREGA DEL SUMINISTRO

No aplica.

CC-05 PLAZO Y CANTIDADES DE ENTREGA DEL SUMINISTRO

No aplica.

CC-06 PROCEDIMIENTO DE RECEPCION

No aplica.

CC-07 GARANTÍAS

Se aceptarán solamente fianzas y garantías bancarias emitidas por instituciones debidamente autorizadas, cheques certificados y bonos del Estado representativos de obligaciones de la deuda pública, que fueren emitidos de conformidad con la Ley de Crédito Público.

Las garantías deben ser expedidas a favor de *las Fuerzas Armadas de Honduras*, y otorgada por una Institución Bancaria o Compañía Aseguradora no asociada o diferente a la que está ofertando, la cual deberán incluir la **CLAUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA** detallada en los formatos. Las Instituciones Garantes, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 241 del Reglamento de La Ley de Contratación del Estado. Las Garantías serán presentadas de conformidad con los artículos comprendidos del Artículo 99, 100, 101, 103, 108 y 109 de la Ley de Contratación del Estado.

a) GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

- Plazo de presentación: *cinco días* calendario posteriores al recibo del Contrato.
- Valor: La garantía de cumplimiento del contrato deberá ser al menos, por el valor equivalente al quince por ciento (15%) de monto contractual.
- Vigencia: La garantía de cumplimiento del contrato deberá estar vigente hasta *tres (3) meses* después del plazo previsto para la vigencia del contrato.

Esta garantía se incrementará en la misma proporción en que el valor del contrato llegase a aumentar.

b) GARANTIA DE BUEN SUMINISTRO

- *No aplica*

c) CERTIFICADO DE GARANTÍA DE FABRICACIÓN DEL SUMINISTRO:

- *No aplica*

CC-08 FORMA DE PAGO

La Secretaría de Estado en el Despacho de Defensa Nacional / Fuerzas Armadas de Honduras pagará el monto de la prima en Lempiras en tres (3) pagos cuatrimestrales, con un periodo de gracia de cuarenta y cinco (45) días calendario en el primer pago, mediante cheque o transferencia bancaria contados a partir de la recepción satisfactoria de los documentos entregados por el proveedor.

CC-09 MULTAS

Cuando el contratista incurriere en mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales por causas imputables al mismo, se le impondrá el pago de una multa por cada día de retraso, de conformidad lo establecido en las vigentes Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República.

SECCION III - ESPECIFICACIONES TECNICAS

La documentación técnica, SIN INCLUIR PRECIOS, deberá contener un detalle pormenorizado de las condiciones ofrecidas para cumplir con las especificaciones y requerimientos técnicos exigidos, las cuales son mínimas y no restrictivas para el Oferente.

ET-01 CARACTERÍSTICAS TECNICAS

ET-01.1 SEGURO COLECTIVO DE VIDA.

Grupo Asegurable Colectivo de Vida para los Miembros de las Fuerzas Armadas (Oficiales, Sub Oficiales y Tropa).

RIESGOS CUBIERTOS Y BENEFICIOS

a. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

En caso de Fallecimiento, una indemnización equivalente a:

CATEGORÍA	SUMA BÁSICA
OFICIALES	L. 2,200,000.00
SUBOFICIALES	L. 1,000,000.00
TROPA	L. 200,000.00
AUXILIARES	L. 120,000.00

b. COBERTURA EN CASO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

- El doble de la indemnización para el caso de Fallecimiento Accidental.
- Cobertura por desmembramiento, ya sea por causa accidental, enfermedad daños por armas de fuego, arma blanca, corto punzante, objeto contuso y/o cortante.
- El doble de la indemnización para el caso de fallecimiento, los daños por arma de fuego, arma blanca, corto punzante, objeto contuso y/o cortantes. Será considerado como muerte accidental (en adición a la cobertura básica de VIDA).
- Se considerará como muerte accidental y se indemnizará en adición a la cobertura básica de vida, los accidentes:
 - 1) Que ocurriesen producto de accidentes de tránsito, dentro o fuera del desempeño de sus funciones.

- 2) Los accidentes ocurridos en alborotos y huelgas populares, se considerarán también cuando estos ocurran en el cumplimiento o no de sus funciones.
- 3) Los ocurridos en motocicleta, bicicleta o semoviente, se encuentre o no el desempeño de sus funciones.
- 4) Cuando los asegurados mueran tripulando o abordo como pasajero en un transporte marítimo, terrestre o aéreo, ya sea estatal, público o particular.
- 5) Cubre paracaidistas y buzos en caso de Muerte Accidental: El doble de la indemnización equivalente a suma asegurada se incluye en buzos la muerte por ahogamiento y/o naufragio.
- 6) Si a consecuencia de lesiones causadas por un accidente el miembro asegurado sufriera cualquiera de las pérdidas abajo detalladas, la Aseguradora, pagará un porcentaje de la suma asegurada contratada, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones. En caso de sufrir varios accidentes o la pérdida de varios miembros, la suma máxima que se pagará será el 100% de la Suma Asegurada contratada para esta Cláusula.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

INDEMNIZACIÓN POR:	PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA
Muerte	100%
Perdida de ambas manos o ambos pies, por amputación o incapacidad funcional total en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
Pérdida completa e irrecuperable de la vista de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie, por amputación o incapacidad funcional total en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
Pérdida completa o irrecuperable de un ojo y una mano o un pie por amputación en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
Perdida total y permanente de la audición	100%
Perdida total y permanente de la audición unilateral	50%
La pérdida completa e irrecuperable de un ojo	50%
Perdida de una mano y un pie, por amputación o discapacidad funcional en o arriba de la muñeca o tobillo	50%
Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano por amputación en o arriba de las articulaciones metacarpofalángicas apegados a hemisferio dominante	25% por cada uno, si es hemisferio dominante aumenta 10% sobre la base
Perdida de los demás dedos	10% por cada uno, si es hemisferio dominante aumenta 10% sobre la base

*Tabla de otorgamiento por invalidez de las pérdidas totales o parciales de las FFAA y Ampliando la tabla a lo indicado en el Artículo 454, del Código del Trabajo, en caso de obligación laboral.

c. TRIPLE INDEMNIZACIÓN EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE “CALIFICADO”

En caso de muerte por accidente “CALIFICADO”, se garantiza el triple de la indemnización para el caso de muerte natural.

Se considera accidente calificado:

- a) Mientras el asegurado se encuentre dentro de un elevador de pasajeros que no sea el de una mina.
- b) Mientras el asegurado se encuentre dentro de un edificio público en el que el mismo se incendie, derribe, temblor o terremoto.
- c) Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero en vehículo de transporte público terrestre, marítimo o aéreo, propulsado mecánicamente y con ruta, tarifa e itinerario fijo establecido, igual al momento de abordar o descender del vehículo o a consecuencia de ello.
- d) Cuando realice operaciones o funciones de riesgo, sufra algún accidente o enfermedad relacionado con el ejercicio del trabajo, o aquel que pudiera ocurrir al trasladarse de su domicilio al centro de labores o viceversa.
- e) El beneficio de la triple indemnización se extiende a cubrir al asegurado hasta la edad de 65 años.

d. PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

En caso de incapacidad total y permanente, ya sea por enfermedad o accidente, se garantiza una indemnización equivalente a la Suma Asegurada Individual, pagadera mediante seis (06) cuotas mensuales y consecutivas. El beneficio se extiende a cubrir al Asegurado hasta la edad de 65 años.

e. EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

En consideración a la solicitud del Asegurado y al pago por anticipado de la prima estipulada, exonerará al asegurado del pago de primas de la Póliza, en caso de que el Asegurado quede incapacitado totalmente para el trabajo, y siempre que tal incapacidad le haya sido producida antes de cumplir 65 años de edad, y que haya durado por lo menos seis meses continuos durante la vigencia.

f. GASTOS FÚNEBRES

La compañía indemnizará después de ocurrida la muerte de algún miembro del grupo Asegurado, la cantidad de **L 40,000.00**, en concepto de GASTOS DE FUNERAL para todos

los asegurados y la cantidad de **L 5,000.00** para el Beneficiario del asegurado principal en todas las categorías, siempre y cuando se presente prueba del fallecimiento mediante Acta de Defunción.

g. SUICIDIO

El Riesgo de SUICIDIO queda amparado a partir del primer día de la vigencia de la póliza o del ingreso del asegurado en la misma.

h. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Se reconocerán Gastos Médicos por Accidente hasta la cantidad de **L 50,000.00** para cada uno de los asegurados, este beneficio aplica únicamente a través de reembolso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados para el tratamiento de lesiones accidentales.

* Este beneficio se extiende a cubrir al asegurado hasta los 65 años de edad.

i. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

Pago anticipado parcial de la suma asegurada básica en caso de enfermedad terminal hasta un 25% de la suma asegurada bajo las siguientes condiciones:

- a) La póliza se encuentre vigente al momento de declararse la enfermedad como terminal.
- b) No exista ninguna duda con el periodo de Indisputabilidad (La indemnización por muerte a causa de enfermedades graves tendrá cobertura, si la enfermedad aparece después que la persona ha tomado el seguro).
- c) El asegurado se encuentre en estado de enfermedad terminal y sus expectativas de vida según dictamen médico no sean superiores a doce (12) meses.

j. GASTOS DE REPATRIACIÓN

25% de la suma asegurada.

k. OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR

- a) En caso de siniestro la indemnización se pagará a los beneficiarios designados en la solicitud del asegurado.
- b) La edad de entrada a este seguro será la siguiente: de 18 a 65 años, garantizándose la renovación hasta los 75 años de edad, del asegurado.
- c) El Seguro de Vida cubre sin límites geográficos las 24 horas del día.
- d) La cobertura del seguro se concederá automáticamente por el ingreso de nuevos

empleados, por cambios de categoría o aumentos de salario, con la obligación de las Fuerzas Armadas de Honduras de reportar dichos cambios en un plazo máximo de un (1) mes a la Compañía Aseguradora, una vez que la compañía tenga el documento con el nuevo ingreso, este deberá automáticamente hacerlo constar en la póliza correspondiente, quedando cubierto desde la fecha de registro del ingreso a la institución.

- e) La póliza dará cobertura en caso de errores u omisiones no intencionales.
- f) El enrolamiento de los asegurados se hará en papelería diseñada por las Fuerzas Armadas, en donde se designarán los beneficiarios y la información general. Dichos documentos se encontrarán bajo la custodia y archivo físico del Contratante, la impresión de las formas requeridas para este fin correrá por cuenta de la compañía de seguro.
- g) **Descuento Sobre Prima (DSP):** Al final de la vigencia del Contrato de Seguros, la Compañía de Seguros otorgará como descuento sobre prima, el 30% sobre margen de contribución resultante de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{DSP} = + \text{Ingresos por primas (P)} - \text{pago de siniestros (S)} - 20\% \text{ de gastos de administración (0.20 * P)} = \text{Margen de Contribución.}$$

Además, la Aseguradora deberá proporcionar un Oficial Asesor con el fin de garantizar el servicio del Seguro Médico Hospitalario, ofrecer clínicas de asistencia básica primaria, e incluir una red de proveedores de: Hospitales, farmacias, laboratorio e imágenes, odontólogos, oftalmólogos, médicos y clínicas. Todo lo anterior con sus respectivos procedimientos para la utilización de los mismos.

ET-01.2 SEGURO DE VIDA Y MÉDICO HOSPITALARIO

Grupo Asegurable: Miembros de la Policía Militar del Orden Público.

ET-01.2A. SEGURO DE VIDA

a. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

En caso de Fallecimiento, una indemnización equivalente a:

CATEGORIA	SUMA BASICA
PERSONAL DE LA POLICIA MILITAR DEL ORDEN PUBLICO	L. 500,000.00

b. COBERTURA EN CASO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

- 1) El doble de la indemnización para el caso de fallecimiento accidental.
- 2) Cobertura por desmembramiento, ya sea por causa accidental, enfermedad daños por armas de fuego, arma blanca, corto punzante, objeto contuso y/o cortante.

- 3) El doble de la indemnización para el caso de fallecimiento, los daños por arma de fuego, arma blanca, corto punzante, objeto contuso y/o cortantes. Será considerado como muerte accidental (en adición a la cobertura básica de VIDA).

Se considerará como muerte accidental y se indemnizará en adición a la cobertura básica de vida, los accidentes:

- a) Que ocurriesen producto de accidentes de tránsito, dentro o fuera del desempeño de sus funciones.
- b) Los accidentes ocurridos en alborotos y huelgas populares, siempre y cuando se encuentre en el ejercicio de sus funciones.
- c) Los ocurridos en motocicleta, bicicleta o cualquier semoviente, ya sea que el asegurado se encuentre o no en el desempeño de sus funciones.
- d) Cuando los asegurados mueran tripulando o abordo como pasajero en un transporte marítimo, terrestre o aéreo, ya sea estatal, comercial o particular.
- e) Cubre buzos y paracaidistas en caso de fallecimiento Accidental: El doble de la indemnización equivalente a suma asegurada, siempre y cuando sea en el desempeño de su especialidad. Se incluye la muerte por ahogamiento y/o naufragio.
- f) Si a consecuencia de lesiones causadas por un accidente el miembro asegurado sufriera cualquiera de las pérdidas abajo detalladas, la Aseguradora, pagará un porcentaje de la suma asegurada contratada, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones. En caso de sufrir varios accidentes o la pérdida de varios miembros, la suma máxima que se pagará será el 100% de la Suma Asegurada contratada para esta Cláusula.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

INDEMNIZACIÓN POR:	PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA
Muerte	100%
Perdida de ambas manos o ambos pies, por amputación o incapacidad funcional total en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
Pérdida completa e irrecuperable de la vista de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie, por amputación o incapacidad funcional total en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
Pérdida completa o irrecuperable de un ojo y una mano o un pie por amputación en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
Perdida total y permanente de la audición	100%
Perdida total y permanente de la audición unilateral	50%
La pérdida completa e irrecuperable de un ojo	50%
Perdida de una mano y un pie, por amputación o discapacidad funcional en o arriba de la muñeca o tobillo	50%
Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano por amputación en o arriba de las articulaciones metacarpofalángicas apegados a hemisferio dominante	25% por cada uno, si es hemisferio dominante aumenta 10% sobre la base
Perdida de los demás dedos	10% por cada uno, si es hemisferio dominante aumenta 10% sobre la base

*Tabla de otorgamiento por invalidez de las pérdidas totales o parciales de las FFAA y Ampliando la tabla a lo indicado en el Artículo 454, del Código del Trabajo, en caso de obligación laboral.

c. TRIPLE INDEMNIZACIÓN EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE “CALIFICADO”

En caso de muerte por accidente “Calificado”, se garantiza el triple de la indemnización para el caso de Muerte Natural.

Se considera accidente calificado:

- a) Mientras el asegurado se encuentre dentro de un elevador de pasajeros que no sea el de una mina.
- b) Mientras el asegurado se encuentre dentro de un edificio público en el que el mismo se incendie, derribe, temblor o terremoto.
- c) Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero en vehículo de transporte público terrestre, marítimo o aéreo, propulsado mecánicamente y con ruta, tarifa e itinerario fijo establecido, igual al momento de abordar o descender del vehículo o a consecuencia de ello.
- d) Cuando realice operaciones o funciones de riesgo, sufra algún accidente o enfermedad relacionado con el ejercicio del trabajo, o aquel que pudiera ocurrir al trasladarse de su domicilio al centro de labores o viceversa.
- e) El beneficio de la triple indemnización se extiende a cubrir al asegurado hasta la edad de 65 años.

d. PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO POR INCAPACIDAD

TOTAL Y PERMANENTE

En caso de incapacidad total y permanente, ya sea por enfermedad o accidente, se garantiza una indemnización equivalente a la Suma Asegurada Individual, pagadera mediante seis (06) cuotas mensuales y consecutivas. El beneficio se extiende a cubrir al Asegurado hasta la edad de 65 años.

e. EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

En consideración a la solicitud del Asegurado y al pago por anticipado de la prima estipulada, exonerará al asegurado del pago de primas de la Póliza, en caso de que el Asegurado quede incapacitado totalmente para el trabajo, y siempre que tal incapacidad le haya sido producida antes de cumplir 65 años de edad, y que haya durado por lo menos seis meses continuos durante la vigencia.

f. GASTOS FÚNEBRES

La compañía indemnizará después de ocurrida la muerte de algún miembro del grupo Asegurado, la cantidad de **L 40,000.00**, en concepto de GASTOS DE FUNERAL para todos los asegurados y la cantidad de **L 5,000.00** para el Beneficiario del asegurado principal en todas las categorías, siempre y cuando se presente prueba del fallecimiento mediante Acta de Defunción.

g. SUICIDIO

El riesgo de SUICIDIO queda amparado a partir del primer día de la vigencia de la póliza o del ingreso del asegurado en la misma.

h.. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Se reconocerán Gastos Médicos por Accidente hasta la cantidad de **L 50,000.00** para cada uno de los asegurados, este beneficio aplica únicamente a través de reembolso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados para el tratamiento de lesiones accidentales.

Este beneficio se extiende a cubrir al asegurado hasta los 65 años de edad.

i. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

Pago anticipado parcial de la suma asegurada básica en caso de enfermedad terminal hasta un 25% de la suma asegurada bajo las siguientes condiciones:

1) La póliza se encuentre vigente al momento de declararse la enfermedad como

- terminal.
- 2) No exista ninguna duda con el periodo de indisputabilidad (La indemnización por muerte a causa de enfermedades graves tendrá cobertura, si la enfermedad aparece después que la persona ha tomado el seguro.
 - 3) El asegurado se encuentre en estado de enfermedad terminal y sus expectativas de vida según dictamen médico no sean superiores a doce (12) meses.

j. GASTOS DE REPATRIACIÓN

25% de la suma asegurada.

k. OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR

- 1) En caso de siniestro la indemnización se pagará a los beneficiarios designados en la solicitud del asegurado.
- 2) La edad de entrada a este seguro será la siguiente: de 18 a 65 años.
- 3) El Seguro de Vida cubre sin límites geográficos las 24 horas del día.
- 4) La cobertura del seguro se concederá automáticamente por el ingreso de nuevos empleados, por cambios de categoría o aumentos de salario, con la obligación de las Fuerzas Armadas de Honduras de reportar dichos cambios en un plazo máximo de un mes a la Compañía Aseguradora.
- 5) La póliza dará cobertura en caso de errores u omisiones no intencionales.
- 6) El enrolamiento de los asegurados se hará en papelería diseñada por las Fuerzas Armadas de Honduras, en donde se designarán los beneficiarios y la información general. Dichos documentos se encontrarán bajo la custodia y archivo físico del Contratante, la impresión de las formas requeridas para este fin correrá por cuenta de la compañía de seguro.
- 7) **Descuento Sobre Prima (DSP):** Al final de la vigencia del Contrato de Seguros, la Compañía de Seguros otorgará como descuento sobre prima, el 30% sobre margen de contribución resultante de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{DSP} = + \text{Ingresos por primas (P)} - \text{pago de siniestros (S)} - 20\% \text{ de gastos de administración (0.20 * P)} = \text{Margen de Contribución.}$$

ET-01.2B MÉDICO HOSPITALARIO

Grupo Asegurable: Miembros de las Fuerzas Armadas de Honduras (Oficiales, Suboficiales, Tropa, Policía Militar del Orden Público y Personal Auxiliar).

BENEFICIOS	OFICIALES, SUBOFICIALES, TROPA, POLICIA MILITAR DEL ORDEN PÚBLICO Y PERSONAL AUXILIAR
COBERTURA TERRITORIAL	COBERTURA MUNDIAL
CATEGORÍA	TITULAR
MÁXIMO VITALICIO	L. 600,000.00
REDUCCIÓN DEL MÁXIMO VITALICIO 50% AL CUMPLIMIENTO DE LOS 65 AÑOS	L. 300,000.00
HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN POR DÍA EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN POR DÍA EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN	L. 1,200.00
CONTROL DE NIÑO SANO	HASTA CUMPLIMIENTO DE 15 AÑOS DE EDAD
SALA CUNA PEDIÁTRICA (EN EL MOMENTO DEL PARTO)	L. 6,000.00
MÁXIMO VITALICIO PARA VIH / SIDA	30% DEL MÁXIMO VITALICIO
GASTOS OFTALMOLÓGICOS (LENTE Y AROS)	L. 3,000.00
EL DEDUCIBLE EN ESTA POLIZA (HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS, COMPRA DE MEDICAMENTOS, EXÁMENES PROGRAMADOS Y OTROS)	L. 1,500.00
COASEGURO Y REEMBOLSO	80 / 20
CONSULTAS MEDICAS	
MÉDICO GENERAL	L. 600.00
MÉDICO ESPECIALISTA	L. 1,200.00
MÉDICO SUB ESPECIALISTA	L. 1,500.00
CONTROL GINECOLÓGICO (CONSULTA Y GINECOLOGÍA)	3 VECES POR AÑO PÓLIZA
PERIODO DE ESPERA POR MATERNIDAD (APLICA PARA NUEVOS INGRESOS)	4 MESES
MATERNIDAD	
PARTO NORMAL	L. 25,000.00
CESÁREA	L. 35,000.00
LEGRADO	L. 15,000.00
ABORTO LEGAL	L. 15,000.00
GASTOS DERMATOLÓGICOS	L. 5,000.00 PRESENTABLES
GASTOS FÚNEBRES PARA DEPENDIENTES	L. 25,000.00
AMBULANCIA TERRESTRE *	L. 20,000.00
AMBULANCIA AÉREA	L. 250,000.00
CONTINUIDAD DE COBERTURA	CUBIERTO
PERIODO DE ESPERA PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES DESDE LOS: (APLICA PARA NUEVOS INGRESOS)	4 MESES
PERIODO DE ESPERA PARA ENFERMEDADES GRAVES PREEXISTENTES DESPUÉS DE LOS: (APLICA PARA NUEVOS INGRESOS)	6 MESES
TRANSPORTE DE ÓRGANOS, SOLO VÍA REEMBOLSO	HASTA EL MÁXIMO VITALICIO DISPONIBLE
PRUEBA PROSTÁTICA MAYORES DE 40 AÑOS	1 VEZ POR AÑO POLIZA
MAMOGRAFÍAS MAYORES DE 40 AÑOS	1 VEZ POR AÑO POLIZA
RED DE HOSPITAL Y CLÍNICAS	CUBIERTO
RED DE FARMACIAS	REEMBOLSO 80% COASEGURO 20%
RED DE LABORATORIOS	REEMBOLSO 80% COASEGURO 20%
RED DE MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS	CUBIERTO
RED CERRADA EN HOSPITAL MILITAR	CUBIERTO
EXTRACCIÓN DE TERCERA MOLAR IMPACTADA	L. 3,500.00 POR CADA UNA
TIEMPO PARA PRESENTAR RECLAMOS	HASTA 180 DÍAS CALENDARIO
TIEMPO DE RESPUESTA DE LA PRE-CERTIFICACIONES	EMERGENCIAS 04 HORAS, CIRUGÍAS PROGRAMADAS 04 DÍAS Y EXÁMENES ESPECIALES 02 DÍAS
TIEMPO ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS	10 DÍAS HÁBILES
EDAD MÁXIMA DE INGRESO	HASTA LOS 65 AÑOS DE EDAD
EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA	HASTA LOS 75 AÑOS DE EDAD
ENFERMEDADES CONGÉNITAS	HASTA UN MÁXIMO PRESENTABLE DE L.200,000.00 POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS CONTRAÍDAS EN EL HOSPITAL O PARTO PREMATURA
LÍMITE DE COASEGURO SOLO PARA HOSPITALIZACIÓN	L. 40,000.00 POR ASEGURADO

*Incluye la ambulancia y red cerrada en el Hospital Militar, con un 20% de copago.

CONDICIONES ESPECIALES

- 1) La compañía deberá incluir en detalle, su red de proveedores con los procedimientos para el uso de dicha red.

- 2) La compañía deberá proporcionar un oficial certificado y calificado para brindar el servicio y que sirva de enlace en cada oficina regional donde opere la compañía con el fin de garantizar el servicio del seguro Médico Hospitalario y ofrecer el uso de clínicas de asistencia básica primaria.
- 3) **Descuento Sobre Prima (DSP):** Al final de la vigencia del Contrato de Seguros, la Compañía de Seguros otorgará como descuento sobre prima, el 30% sobre margen de contribución resultante de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$DSP = + \text{Ingresos por primas (P)} - \text{pago de siniestros (S)} - 20\% \text{ de gastos de administración (0.20 * P)} = \text{Margen de Contribución.}$$

ET-01.3 SEGURO DE VIDA Y MEDICO HOSPITALARIO DE LA SEDENA

Grupo Asegurable: Personal de la SEDENA

SEGURO DE VIDA

a. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

En caso de Fallecimiento, una indemnización equivalente a:

CATEGORÍA	SUMA BÁSICA (LEMPIRAS)
CATEGORÍA I (SECRETARIO DE ESTADO, SECRETARIO GENERAL, GERENTE ADMINISTRATIVO, AUDITOR INTERNO, DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS, ASESOR ADMINISTRATIVO, ASISTENTE DEL MINISTRO)	L.1,000,000.00
CATEGORÍA II (OTROS FUNCIONARIOS)	500,000.00

b. COBERTURA EN CASO DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

- 1) El doble de la indemnización para el caso de Fallecimiento Accidental.
- 2) Cobertura por desmembramiento, ya sea por causa accidental, enfermedad daños por armas de fuego, arma blanca, corto punzante, objeto contuso y/o cortante.
- 3) El doble de la indemnización para el caso de fallecimiento, los daños por arma de fuego, arma blanca, corto punzante, objeto contuso y/o cortantes. Será considerado como muerte accidental (en adición a la cobertura básica de VIDA).
- 4) Se considerará como muerte accidental y se indemnizará en adición a la cobertura básica de vida, los accidentes:
 - Que ocurriesen producto de accidentes de tránsito, dentro o fuera del desempeño

de sus funciones.

- Los accidentes ocurridos en alborotos y huelgas populares, siempre y cuando se encuentre en el desempeño de sus funciones.
 - Los accidentes ocurridos en alborotos y huelgas populares, siempre y cuando se encuentre o no el desempeño de sus funciones.
 - Los ocurridos en motocicleta, bicicleta y caballo, se encuentre o no el desempeño de sus funciones.
 - Cuando los asegurados mueran tripulando o abordo como pasajero en un transporte marítimo, terrestre ya sea público o particular.
- 5) Si a consecuencia de lesiones causadas por un accidente el miembro asegurado sufriera cualquiera de las pérdidas abajo detalladas, la Aseguradora, pagará un porcentaje de la suma asegurada contratada, de acuerdo a la tabla de indemnizaciones. En caso de sufrir varios accidentes o la pérdida de varios miembros, la suma máxima que se pagará será el 100% de la Suma Asegurada contratada para esta Cláusula.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

INDEMNIZACIÓN POR:	PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURADA
Muerte	100%
Pérdida de ambas manos o ambos pies, por amputación en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
Pérdida completa e irrecuperable de la vista de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie, por amputación en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
Pérdida completa o irrecuperable de un ojo y una mano o un pie por amputación en o arriba de la muñeca o tobillo	100%
La pérdida completa e irrecuperable de un ojo	50%
Pérdida de una mano y un pie, por amputación en o arriba de la muñeca o tobillo	50%
Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano por amputación en o arriba de las articulaciones metacarprofalangeanas	25% por cada uno
Pérdida de los demás dedos	10% por cada uno

*Ampliando la tabla a lo indicado en el Artículo 454, del Código del Trabajo, únicamente en caso de obligación laboral.

c. TRIPLE INDEMNIZACIÓN EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE “CALIFICADO”

En caso de muerte por accidente “CALIFICADO”, se garantiza el triple de la indemnización para el caso de Muerte Natural.

SE CONSIDERA ACCIDENTE CALIFICADO:

- a) Mientras el asegurado se encuentre dentro de un elevador de pasajeros que no sea el de una mina.
- b) Mientras el asegurado se encuentre dentro de un edificio público en el que el mismo se incendie.
- c) Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero en vehículo de transporte público terrestre, no aéreo, propulsado mecánicamente y con ruta, tarifa e itinerario fijo establecido, pero no al momento de abordar o descender del vehículo o a consecuencia de ello.
- d) El beneficio de la triple indemnización se extiende a cubrir al asegurado hasta la edad de 65 años.

d. PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

En caso de incapacidad total y permanente, ya sea por enfermedad o accidente, se garantiza una indemnización equivalente a la Suma Asegurada Individual, pagadera mediante seis (06) cuotas mensuales y consecutivas. El beneficio se extiende a cubrir al Asegurado hasta la edad de 65 años.

e. EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En consideración a la solicitud del Asegurado y al pago por anticipado de la prima estipulada, exonerará al asegurado del pago de primas de la Póliza, en caso de que el Asegurado quede incapacitado totalmente para el trabajo, y siempre que tal incapacidad le haya sido producida antes de cumplir 65 años de edad, y que haya durado por lo menos seis meses continuos durante la vigencia.

f. GASTOS FÚNEBRES

La compañía indemnizará después de ocurrida la muerte de algún miembro del grupo Asegurado, la cantidad de **L 40,000.00**, en concepto de GASTOS DE FUNERAL para todos los asegurados y la cantidad de **L 20,000.00** al Beneficiario en todas las categorías, siempre y cuando se presente prueba del fallecimiento mediante Acta de Defunción.

g. SUICIDIO

El Riesgo de SUICIDIO queda amparado a partir del primer día de la vigencia de la póliza o del ingreso del asegurado en la misma.

h. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Se reconocerán Gastos Médicos por Accidente hasta la cantidad de **L 30,000.00** para cada uno de los asegurados, este beneficio aplica únicamente a través de reembolso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados para el tratamiento de lesiones accidentales.

* Este beneficio se extiende a cubrir al asegurado hasta los 65 años de edad.

i. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL

Pago anticipado parcial de la suma asegurada básica en caso de enfermedad terminal hasta un 25% de la suma asegurada y un máximo de **L 200,000.00** bajo las siguientes condiciones:

- a) La póliza se encuentre vigente al momento de declararse la enfermedad como terminal.
- b) No exista ninguna duda con el periodo de indisputabilidad (La indemnización por muerte a causa de enfermedades graves tendrá cobertura, si la enfermedad aparece después que la persona ha tomado el seguro.
- c) El asegurado se encuentre en estado de enfermedad terminal y sus expectativas de vida según dictamen médico no sean superiores a doce (12) meses.

j. GASTOS DE REPATRIACIÓN

10% de la suma asegurada hasta un máximo de US\$ 5,000.00

k. OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR

1. En caso de siniestro la indemnización se pagará a los beneficiarios designados en la solicitud del asegurado.
2. La edad de entrada a este seguro será la siguiente: de 18 a 65 años, garantizándose la renovación hasta los 75 años de edad, del asegurado.
3. El Seguro de Vida cubre sin límites geográficos las 24 horas del día.
4. La cobertura del seguro se concederá automáticamente por el ingreso de nuevos empleados, por cambios de categoría o aumentos de salario, debiendo las Fuerzas Armadas de Honduras en un plazo máximo de un mes reportarlos a la Compañía Aseguradora.
5. La póliza dará cobertura en caso de errores u omisiones no intencionales.

6. El enrolamiento de los asegurados se hará en papelería diseñada por las Fuerzas Armadas de Honduras, en donde se designarán los beneficiarios y la información general. Dichos documentos se encontrarán bajo la custodia y archivo físico del Contratante, la impresión de las formas requeridas para este fin correrá por cuenta de la compañía de seguro.
7. **Descuento Sobre Prima (DSP):** Al final de la vigencia del Contrato de Seguros, la Compañía de Seguros otorgará como descuento sobre prima, el 30% sobre margen de contribución resultante de acuerdo a la siguiente fórmula:
DSP = + Ingresos por primas (P) – pago de siniestros (S) – 20% de gastos de administración (0.20 * P) = Margen de Contribución.

Grupo Asegurable: Personal Auxiliar de la Secretaria de Estado en el Despacho de Defensa Nacional.

BENEFICIOS	PERSONAL EJECUTIVO	OTROS FUNCIONARIOS
COBERTURA TERRITORIAL	COBERTURA MUNDIAL	COBERTURA CENTROAMERICANA (EXCLUYENDO PANAMÁ Y BELICE)
CATEGORÍA	TITULAR	TITULAR
MÁXIMO VITALICIO	L. 3,000,000.00	L. 1,000,000.00
REDUCCIÓN DEL MÁXIMO VITALICIO 50% AL CUMPLIMIENTO DE LOS 65 AÑOS	L. 1,500,000.00	L. 500,000.00
SALA CUNA PEDIÁTRICA (EN EL MOMENTO DEL PARTO)	L. 6,000.00	L. 6,000.00
MÁXIMO VITALICIO POR SIDA	30% DEL MÁXIMO VITALICIO	
DEDUCIBLE AÑO PÓLIZA MÁXIMO 3 POR FAMILIA DENTRO DE C.A. APLICA PARA HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES PROGRAMADOS SIEMPRE Y CUANDO EL MISMO NO ESTE AGOTADO, TANTO DENTRO COMO FUERA DE LA RED A EXCEPCIÓN DEL HOSPITAL MILITAR QUE NO DEBERÁN COBRAR DEDUCIBLE POR SER RED CERRADA.	L. 1,500.00	L. 1,200.00
DEDUCIBLE FUERA DE C.A.	US\$ 1,500.00	NO APLICA
COASEGURO Y REEMBOLSO	80/20	80/20
LÍMITE DE COASEGURO	L. 50,000.00	L. 50,000.00
CUARTO DE ALIMENTOS EN HONDURAS	L. 1,200.00	L. 1,000.00
CUARTO DE ALIMENTOS FUERA DE HONDURAS	US\$ 400.00	US\$ 100.00
CONSULTAS MEDICAS		
MÉDICO GENERAL	L. 700.00	L. 600.00
MÉDICO ESPECIALISTA	L. 1,000.00	L. 900.00
NEÚROLOGO CARDIÓLOGO	L. 900.00	L. 1,000.00
CONTROL GINECOLÓGICO (CONSULTA Y GINECOLOGÍA)	2 VECES POR AÑO PÓLIZA	
PERIODO DE ESPERA POR MATERNIDAD (APLICA PARA NUEVOS INGRESOS)	6 MESES	
MATERNIDAD	COMO CUALQUIER INCAPACIDAD	
GASTOS DERMATOLÓGICOS	L.5,000.00 PRESENTABLES	
AMBULANCIA TERRESTRE *	L. 20,000.00	L. 20,000.00
AMBULANCIA AÉREA	L. 250,000.00	L. 250,000.00
CONTINUIDAD DE COBERTURA	CUBIERTO	
PERIODO DE ESPERA PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES DESDE: (APLICA PARA NUEVOS INGRESOS)	06 MESES	
PERIODO DE ESPERA PARA ENFERMEDADES GRAVES PREEXISTENTES DESPUÉS DE: (APLICA PARA NUEVOS INGRESOS)	06 MESES	
PRUEBA PROSTÁTICA MA YORES DE 40 AÑOS	1 VEZ POR AÑO PÓLIZA	
MAMOGRAFÍAS MA YORES DE 40 AÑOS	1 VEZ POR AÑO PÓLIZA	
RED DE FARMACIAS	REEMBOLSO 80% COASEGURO 20%	
RED DE LABORATORIOS	REEMBOLSO 80% COASEGURO 20%	

RED DE MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS	CUBIERTO	
RED CERRADA EN HOSPITAL MILITAR	CUBIERTO	
GASTOS FÚNEBRES PARA DEPENDIENTES	L. 20,000.00	
EXTRACCIÓN DE TERCERA MOLAR IMPACTADA	L. 4,500.00 POR CADA UNA	L. 4,500.00 POR CADA UNA
TIEMPO PARA PRESENTAR RECLAMOS	HASTA 180 DÍAS CALENDARIO	
TIEMPO DE RESPUESTA DE LA PRE-CERTIFICACIONES	EMERGENCIA 04 HORAS, CIRUGÍA PROGRAMADAS 04 DÍAS Y EXÁMENES ESPECIALES 02 DÍAS	
TIEMPO ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS	HASTA 10 DÍAS HÁBILES	
EDAD MÁXIMA DE INGRESO	HASTA LOS 65 AÑOS DE EDAD	
EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA	HASTA LOS 70 AÑOS DE EDAD	
ENFERMEDADES CONGÉNITAS	HASTA UN MÁXIMO PRESENTABLE DE L.200,000.00 POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS CONTRAÍDAS EN EL HOSPITAL O PARTO PREMATURO	HASTA UN MÁXIMO PRESENTABLE DE L.150,000.00 POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS CONTRAÍDAS EN EL HOSPITAL O PARTO PREMATURO
PLAN DENTRAL Y OFTALMOLÓGICO	APLICA DENTRO Y FUERA DE LA RED	
INCLUSIÓN DE LENTES PROGRESIVOS, MÁS UN PAR DE ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO POR AÑO PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO NO EXCEDE EL MONTO AUTORIZADO CON LA AYUDA DEL PLAN OFTALMOLÓGICO	AMPARADOS EN LA AYUDA HASTA UN LÍMITE DE L. 5,000.00 PAGANDO ÚNICAMENTE EL COASEGURO SIN DEDUCIBLE.	AMPARADOS EN LA AYUDA HASTA UN LÍMITE DE L. 5,000.00 PAGANDO ÚNICAMENTE EL COASEGURO SIN DEDUCIBLE.
COMPRA DE MEDICAMENTOS NATURALES	HASTA L.12,000.00	HASTA L.10,000.00
PEDIATRÍA Y SALA DE CUNA (EN EL MOMENTO DEL PARTO	HASTA L. 4,200.00	HASTA L. 3,200.00
PLAN DENTRAL	L. 8,000.00 PARA EMPLEADO SOLO	
	L. 17,000.00 PARA GRUPO FAMILIAR	
PLAN OFTALMOLÓGICO	L. 7,000.00 PARA EMPLEADO SOLO	
	L. 15,000.00 PARA GRUPO FAMILIAR	

*Incluye la ambulancia y red cerrada en el Hospital Militar, con 20% de copago.

CONDICIONES ESPECIALES

1. La compañía junto con la oferta deberá presentar el detalle de su red de proveedores, con los procedimientos para el uso de dicha red.
2. La compañía deberá proporcionar un oficial con el fin de garantizar el servicio del Seguro Médico Hospitalario y ofrecer, el uso de clínicas de asistencia básica primaria.
3. **Descuento Sobre Prima (DSP):** Al final de la vigencia del Contrato de Seguros, la Compañía de Seguros otorgará como descuento sobre prima, el 30% sobre margen de contribución resultante de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{DSP} = + \text{Ingresos por primas (P)} - \text{pago de siniestros (S)} - 20\% \text{ de gastos de administración } (0.20 * P) = \text{Margen de Contribución.}$$

ET-01.5 OFERTA ALTERNATIVA: GASTOS MÉDICOS MENORES (MEDICAMENTO, LABORATORIO, CONSULTAS MÉDICAS Y MATERNIDAD)

Grupo Asegurable: Personal de Oficiales, Suboficiales, Tropa y Auxiliar.

CUADRO DE BENEFICIOS

CUADRO DE BENEFICIOS		
BENEFICIOS	OFICIALES Y SUBOFICIALES	TROPA
COBERTURA TERRITORIAL	COBERTURA CENTROAMERICANA (EXCLUYENDO PANAMÁ Y BELICE)	COBERTURA NACIONAL
CATEGORÍA	TITULAR	TITULAR
MÁXIMO VITALICIO	L. 350,000.00	L. 200,000.00
REDUCCIÓN DEL MÁXIMO VITALICIO 50% AL CUMPLIMIENTO DE LOS 65 AÑOS	L. 175,000.00	L. 100,000.00
SALA CUNA PEDIÁTRICA (EN EL MOMENTO DEL PARTO)	L. 6,000.00	
MÁXIMO VITALICIO POR SIDA	30% DEL MÁXIMO VITALICIO	
DEDUCIBLE AÑO PÓLIZA, MÁXIMO 3 POR FAMILIA DENTRO DE CENTROAMERICA, APLICA PARA HOSPITALIZACIÓN, PROCEDIMIENTOS Y EXAMENES PROGRAMADOS, SIEMPRE Y CUANDO EL MISMO NO ESTÉ AGOTADO, TANTO DENTRO COMO FUERA DE LA RED. A EXCEPCIÓN DEL HOSPITAL MILITAR QUE NO DEBERÁN COBRAR DEDUCIBLE POR SER RED CERRADA.	L. 1,500.00	
COASEGURO Y REEMBOLSO	80/20	
CONSULTAS MEDICAS		
MÉDICO GENERAL	L. 600.00	
MÉDICO ESPECIALISTA	L. 1,200.00	
MÉDICO SUB ESPECIALISTA	L. 1,500.00	
CONTROL GINECOLÓGICO (CONSULTA Y GINECOLOGÍA)	3 VECES POR AÑO PÓLIZA	
PERIODO DE ESPERA POR MATERNIDAD (APLICA PARA NUEVOS INGRESOS)	6 MESES	
MATERNIDAD		
PARTO NORMAL	L. 25,000.00	L. 20,000.00
CESÁREA	L. 35,000.00	L. 30,000.00
ABORTO LEGAL	L. 15,000.00	L. 10,000.00
GASTOS DERMATOLÓGICOS	L. 5,000.00 PRESENTABLES	
AMBULANCIA TERRESTRE *	L. 20,000.00	
AMBULANCIA AÉREA	L. 250,000.00	
CONTINUIDAD DE COBERTURA	CUBIERTO	
PERIODO DE ESPERA PARA ENFERMEDADES PREEXISTENTES DESDE: (APLICA PARA NUEVOS INGRESOS	4 MESES	

PERIODO DE ESPERA PARA ENFERMEDADES GRAVES PREEXISTENTES DESPUÉS DE: (APLICA PARA NUEVOS INGRESOS)	6 MESES
PRUEBA PROSTÁTICA MA YORES DE 40 AÑOS	1 VEZ POR AÑO POLIZA
MAMOGRAFÍAS MA YORES DE 40 AÑOS	1 VEZ POR AÑO POLIZA
RED DE FARMACIAS	REEMBOLSO 80% COASEGURO 20%
RED DE LABORATORIOS	REEMBOLSO 80% COASEGURO 20%
RED DE MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS	CUBIERTO
RED CERRADA EN HOSPITAL MILITAR	CUBIERTO
EXTRACCIÓN DE TERCERA MOLAR IMPACTADA	L. 3,500.00 POR CADA UNA
TIEMPO PARA PRESENTAR RECLAMOS	HASTA 180 DIAS CALENDARIO
TIEMPO DE RESPUESTA DE LA PRE-CERTIFICACIONES	EMERGENCIAS 04 HORAS, CIRUGÍAS PROGRAMADAS 04 DÍAS Y EXÁMENES ESPECIALES 02 DÍAS
TIEMPO ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA PARA EL PAGO DE LOS RECLAMOS	10 DÍAS HÁBILES
EDAD MÁXIMA DE INGRESO	HASTA LOS 65 AÑOS DE EDAD
EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA	HASTA LOS 75 AÑOS DE EDAD
ENFERMEDADES CONGÉNITAS	HASTA UN MÁXIMO PRESENTABLE DE L.100,000.00 POR ENFERMEDADES CONGÉNITAS CONTRAÍDAS EN EL HOSPITAL O PARTO PREMATURA
PLAN DENTAL Y OFTALMOLOGICO	APLICA DENTRO Y FUERA DE LA RED
INCLUSION DE LENTES PROGRESIVOS, MAS UN PAR DE ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO POR AÑO POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO NO EXCEDA EL MONTO AUTORIZADO CON LA AYUDA DEL PLAN OFTYALMOLOGICO	AMPARADO EN LA AYUDA HASTA UN LIMITE DE L 5,000.00 PAGANDO UNICAMENTE EL COASEGURO SIN DEDUCIBLE
COMPRA DE MEDICAMENTOS NATURALES	HASTA L 10,000.00
PEDIATRIA Y SALA DE CUNA (EN EL MOMENTO DEL PARTO)	HASTA L 3,200.00
PLAN DENTAL	L 8,000.00 PARA EL EMPLEADO SOLO Y L 17,000.00 PARA GRUPO FAMILIAR
PLAN OFTALMOLOGICO	L 7,000.00 PARA EL EMPLEADO SOLO Y L 15,000.00 PARA GRUPO FAMILIAR

*Incluye la ambulancia y red cerrada en el Hospital Militar, con un 20% de copago.

CONDICIONES ESPECIALES

1. La compañía junto con la oferta deberá presentar el detalle de su red de proveedores, con los procedimientos para el uso de dicha red.
2. La compañía deberá proporcionar un oficial con el fin de garantizar el servicio del Seguro Médico Hospitalario.
3. **Descuento Sobre Prima (DSP):** Al final de la vigencia del Contrato de Seguros, la Compañía de Seguros otorgará como descuento sobre prima, el 30% sobre margen de contribución resultante de acuerdo a la siguiente formula:

DSP = + Ingresos por primas (P) – pago de siniestros (S) – 20% de gastos de administración (0.20 * P) = Margen de Contribución.

GENERALIDADES

Se aclara que: 1) los reclamos podrán ser presentados en papel membretado del contratante, no estando obligado a utilizar los formularios que para tal efecto elabore el contratista, ello no será motivo para que se niegue la aceptación de un reclamo; 2) Prórroga automática o Prorrata a Temporis: cuando las circunstancias lo aconsejen el Contratante podrá prorrogar el Contrato hasta un periodo máximo de tres (3) meses calendario, con pago a Prorrata a Temporis quedando el contratista obligado a aceptar esta condición con un aviso de por lo menos cuarenta y ocho (48) horas antes de que venza la póliza; 4) Que la Compañía Aseguradora, se compromete a atender al Hospital Militar en calidad de proveedor de su red de hospitales con el mismo esmero, prontitud, eficiencia y responsabilidad, con la que el contratista atiende al resto de hospitales del país. 5) Que para cumplir con la solicitud anterior se deberá suscribir un contrato de servicios de red de proveedores entre ambas instituciones con alcance de servicios, derechos y compromisos claros y transparentes entre las partes, el cual deberá formalizarse a más tardar un mes calendario posterior a la adjudicación del contrato; 6) Cualquier paro o suspensión de servicios médicos hospitalarios a la red de proveedores se realizará únicamente por causas justificadas debiendo la compañía informar la suspensión al contratante por lo menos con quince (15) días de anticipación; 7) en el seguro colectivo de vida, la doble indemnización será otorgada en los accidentes terrestres, aéreos y marítimos que ocurran mientras el asegurado vaya viajando como pasajero en vehículo, avión o embarcación comercial o como miembro de la tripulación de un vehículo, una nave aérea o marítima ya sea comercial, privada o estatal; 8) La compañía deberá proporcionar el detalle de la siniestralidad de forma trimestral mediante reportes que deberán contener como mínimo: fecha, nombre del asegurado y/o paciente, valor reclamado y valor pagado; 9) El contratista colaborará en la socialización de la red de proveedores, mediante ferias de salud o charlas informativas y capacitaciones trimestrales a los Comandantes y Jefes de Departamento para socializar los procedimientos, derechos de los beneficiarios y los pasos para la presentación de reclamos; 10) La compañía, deberá presentar evidencias mediante la copia de correos electrónicos del aviso que haga a su red de proveedores por la suscripción del contrato de la pólizas suscritas; 11) La liquidación de las pólizas suscritas se determinará sobre el resultado que refleje todo el programa al final del año póliza, concediéndose un periodo máximo de sesenta (60) días calendario para efectuar la devolución de primas, cuando proceda; 12) Se cubrirá la atención médica de pacientes bajo efectos del alcohol en un 50% y cuando el accidente no haya sido provocado por el asegurado en un 100% (por ejemplo, cuando el asegurado viaje como pasajero); 13) Que la hoja del impronto sea el único documento a presentar a la compañía aseguradora, mismo que deberá contener la información correspondiente del paciente, el resumen clínico (diagnóstico, tratamiento y resumen de la evolución clínica del paciente); 14) Las especialidades tales como: nutrición, dermatología, psiquiatría, psicología, oftalmología, cirugía pediátrica, cirugía plástica reconstructiva y alergología deben ser incluidas dentro de la cobertura de la póliza; 15) La compañía aseguradora deberá facilitar en plataforma virtual los procedimientos médico quirúrgicos que están autorizados por el contratante; 16) La compañía de seguros, debe reconocer la pre-existencia de los asegurados; y 19) La compañía de seguros debe proveer servicios de atención básica mediante una red de clínicas filtro a nivel nacional; 20) Los miembros cubiertos en la Póliza de Seguro de vida que por motivo del cumplimiento del servicio terminen su relación laboral con las Fuerzas Armadas de Honduras podrán voluntariamente

continuar asegurados siempre y cuando paguen de forma voluntaria la prima establecida en la póliza a la Compañía; 21) Toda información que se brinde en virtud del proceso de licitación por parte de Fuerzas Armadas de Honduras a los oferentes tendrá carácter de confidencialidad por razones de seguridad nacional. .

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE EL OFERENTE

[El Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones siguientes. No se aceptará ninguna alteración a este formulario ni se aceptarán substitutos.]

Fecha: *[indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*

No. CD-002-2020-SDN

CONTRATACION DE COMPAÑIA PROVEEDORA DE SEGUROS COLECTIVOS

Página _____ de _____ páginas

1. Nombre jurídico del Oferente <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i>
2. Si se trata de un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: <i>[indicar el nombre jurídico de cada miembro del Consorcio]</i>
3. Año de constitución o incorporación del Oferente: <i>[indicar el año de constitución o incorporación del Oferente]</i>
4. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado: <i>[indicar la Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado]</i>
5. Información del Representante autorizado del Oferente: Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado]</i> Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado]</i> Números de teléfono y facsímil: <i>[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado]</i> Dirección de correo electrónico: <i>[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]</i>
6. Se adjuntan copias de los documentos originales de: <i>[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]</i> ↑ Estatutos de la Sociedad de la empresa indicada en el párrafo 1 anterior. ↑ Si se trata de un Consorcio, carta de intención de formar el Consorcio, o el Convenio de Consorcio. ↑ Si se trata de un ente gubernamental hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales.

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL
CONSORCIO**

[El Oferente y cada uno de sus miembros deberán completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación]

Fecha: *[Indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*

No. CD-002-2020-SDN

CONTRATACION DE COMPAÑIA PROVEEDORA DE SEGUROS COLECTIVOS

Página ____ de ____ páginas

1. Nombre jurídico del Oferente <i>[indicar el nombre jurídico del Oferente]</i>
2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio <i>[indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]</i>
3. Nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio <i>[indicar el nombre del País de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i>
4. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: <i>[indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]</i>
5. Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el País donde está constituido o incorporado: <i>[Dirección jurídica del miembro del Consorcio en el país donde está constituido o incorporado]</i>
6. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio: Nombre: <i>[indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Dirección: <i>[indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Números de teléfono y facsímil: <i>[[indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i> Dirección de correo electrónico: <i>[[indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro del Consorcio]</i>
7. Copias adjuntas de documentos originales de: <i>[marcar la(s) casillas(s) de los documentos adjuntos]</i> <input type="checkbox"/> Estatutos de la Sociedad de la empresa. <input type="checkbox"/> Si se trata de un ente gubernamental hondureño, documentación que acredite su autonomía jurídica y financiera y el cumplimiento con las leyes comerciales.

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se permitirán alteraciones a este formulario ni se aceptarán substituciones.]

Fecha: *[Indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]*

No. CD-002-2020-SDN

CONTRATACION DE COMPAÑIA PROVEEDORA DE SEGUROS COLECTIVOS

Alternativa No. *[Indicar el número de identificación si esta es una oferta alternativa]*

A: *[nombre completo y dirección del Comprador]*

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

- (a) Hemos examinado y no hallamos objeción alguna al Pliego de Condiciones, incluso sus Enmiendas Nos. *[indicar el número y la fecha de emisión de cada Enmienda]*;
- (b) Ofrecemos proveer los siguientes Servicios de conformidad con el Pliego de Condiciones: *[indicar una descripción breve de los bienes y servicios]*;
- (c) El precio total de nuestra Oferta, excluyendo cualquier descuento ofrecido en el rubro (d) a continuación es: *[indicar el precio total de la oferta en palabras y en cifras, indicando las diferentes cifras en las monedas respectivas]*;
- (d) Los descuentos ofrecidos y la metodología para su aplicación son:

Descuentos. *Deben ser aplicados directamente al precio ofertado.*

- (e) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en el Pliego de Condiciones, a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas. Esta oferta nos obligará y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de la expiración de dicho período;
- (f) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato;
- (g) La nacionalidad del oferente es: *[indicar la nacionalidad del Oferente, incluso la de todos los miembros que comprende el Oferente, si el Oferente es un Consorcio]*
- (h) No tenemos conflicto de intereses de conformidad a lo establecido en la Ley de Contratación del Estado y su Reglamento;
- (i) Las siguientes comisiones, gratificaciones u honorarios han sido pagados o serán pagados en relación con el proceso de esta licitación o ejecución del Contrato: *[indicar el nombre completo de cada receptor, su dirección completa, la razón por la cual se pagó cada comisión o gratificación y la cantidad y moneda de cada dicha comisión o gratificación]*

Nombre del Receptor	Dirección	Concepto	Monto

(Si no han sido pagadas o no serán pagadas, indicar “ninguna”.)

- (j) Entendemos que esta oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirán una obligación contractual entre nosotros, hasta que el Contrato formal haya sido perfeccionado por las partes.
- (k) Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la oferta evaluada como la más baja ni ninguna otra oferta que reciban.

Firma: *[indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican]* En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

Nombre: *[indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: *[indicar el nombre completo del Oferente]*

El día _____ del mes _____ del año _____ *[indicar la fecha de la firma]*

DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES O INHABILIDADES

Yo _____, mayor de edad, de estado civil _____, de nacionalidad _____, con domicilio en _____ y con Tarjeta de Identidad/pasaporte No. _____ actuando en mi condición de representante legal de _____ (Indicar el Nombre de la Empresa Oferente / En caso de Consorcio indicar al Consorcio y a las empresas que lo integran) _____, por la presente HAGO DECLARACIÓN JURADA: Que ni mi persona ni mi representada se encuentran comprendidos en ninguna de las prohibiciones o inhabilidades a que se refieren los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado, que a continuación se transcriben:

“ARTÍCULO 15.- Aptitud para contratar e inhabilidades. Podrán contratar con la Administración, las personas naturales o jurídicas, hondureñas o extranjeras, que teniendo plena capacidad de ejercicio, acrediten su solvencia económica y financiera y su idoneidad técnica y profesional y no se hallen comprendidas en algunas de las circunstancias siguientes:

1) Haber sido condenados mediante sentencia firme por delitos contra la propiedad, delitos contra la fe pública, cohecho, enriquecimiento ilícito, negociaciones incompatibles con el ejercicio de funciones públicas, malversación de caudales públicos o contrabando y defraudación fiscal, mientras subsista la condena. Esta prohibición también es aplicable a las sociedades mercantiles u otras personas jurídicas cuyos administradores o representantes se encuentran en situaciones similares por actuaciones a nombre o en beneficio de las mismas;

2) DEROGADO;

3) Haber sido declarado en quiebra o en concurso de acreedores, mientras no fueren rehabilitados;

4) Ser funcionarios o empleados, con o sin remuneración, al servicio de los Poderes del Estado o de cualquier institución descentralizada, municipalidad u organismo que se financie con fondos públicos, sin perjuicio de lo previsto en el Artículo 258 de la Constitución de la República;

5) Haber dado lugar, por causa de la que hubiere sido declarado culpable, a la resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración o a la suspensión temporal en el Registro de Proveedores y Contratistas en tanto dure la sanción. En el primer caso, la prohibición de contratar tendrá una duración de dos (2) años, excepto en aquellos casos en que haya sido objeto de resolución en sus contratos en dos ocasiones, en cuyo caso la prohibición de contratar será definitiva;

6) Ser cónyuge, persona vinculada por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de cualquiera de los funcionarios o empleados bajo cuya responsabilidad esté la precalificación de las empresas, la evaluación de las propuestas, la adjudicación o la firma del contrato;

7) Tratarse de sociedades mercantiles en cuyo capital social participen funcionarios o empleados públicos que tuvieren influencia por razón de sus cargos o participaren directa o indirectamente en cualquier etapa de los procedimientos de selección de contratistas. Esta prohibición se aplica también a las compañías que cuenten con socios que sean cónyuges, personas vinculadas por unión de hecho o parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de los funcionarios o empleados a que se refiere el numeral anterior, o aquellas en las que desempeñen, puestos de dirección o de representación personas con esos mismos grados de relación o de parentesco; y,

8) Haber intervenido directamente o como asesores en cualquier etapa de los procedimientos de contratación o haber participado en la preparación de las especificaciones, planos, diseños o términos de referencia, excepto en actividades de supervisión de construcción.

ARTÍCULO 16.- Funcionarios cubiertos por la inhabilidad. Para los fines del numeral 7) del Artículo anterior, se incluyen el Presidente de la República y los Designados a la Presidencia, los Secretarios y Subsecretarios de Estado, los Directores Generales o Funcionarios de igual rango de las Secretarías de Estado, los Diputados al Congreso Nacional, los Magistrados de la Corte Suprema de Justicia, los miembros del Tribunal Supremo Electoral, el Procurador y Subprocurador General de la República, los magistrados del Tribunal Superior de Cuentas, el Director y Subdirector General Probidad Administrativa, el Comisionado Nacional de Protección de los Derechos Humanos, el Fiscal General de la República y el Fiscal Adjunto, los mandos superiores de las Fuerzas Armadas de Honduras, los Gerentes y Subgerentes o funcionarios de similares rangos de las instituciones descentralizadas del Estado, los Alcaldes y Regidores Municipales en el ámbito de la contratación de cada Municipalidad y los demás funcionarios o empleados públicos que por razón de sus cargos intervienen directa o indirectamente en los procedimientos de contratación.”

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de _____,
Departamento de _____, a los ____ días de mes de _____ del _____.

Firma: _____

Esta Declaración Jurada debe presentarse en original con la firma autenticada ante Notario (En caso de autenticarse por Notario Extranjero debe ser apostillado).

FORMATO GARANTIA MANTENIMIENTO DE OFERTA

NOMBRE DE ASEGURADORA / BANCO

GARANTIA / FIANZA
DE MANTENIMIENTO DE OFERTA N° _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: **Fuerzas Armadas de Honduras**

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza / Garantía a favor de _____, para garantizar que el Afianzado/Garantizado, mantendrá la **OFERTA**, presentada en la licitación

SUMA AFIANZADA/GARANTIZADA: _____

VIGENCIA De: _____ **Hasta:** _____

BENEFICIARIO: _____

CLAUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA: LA PRESENTE GARANTIA SERA EJECUTADA POR EL VALOR TOTAL DE LA MISMA, A SIMPLE REQUERIMIENTO DEL (BENEFICIARIO) ACOMPAÑADA DE UNA RESOLUCION FIRME DE INCUMPLIMIENTO, SIN NINGUN OTRO REQUISITO. PUDIENDO REQUERIRSE EN CUALQUIER MOMENTO DENTRO DEL PLAZO DE VIGENCIA DE LA GARANTÍA/FIANZA. Las garantías o fianzas emitidas a favor del BENEFICIARIO serán solidarias, incondicionales, irrevocables y de realización automática **y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.**

Se entenderá por el incumplimiento si el Afianzado/Garantizado:

1. Retira su oferta durante el período de validez de la misma.
2. No acepta la corrección de los errores (si los hubiere) del Precio de la Oferta.
3. Si después de haber sido notificado de la aceptación de su Oferta por el Contratante durante el período de validez de la misma, no firma o rehúsa firmar el Contrato, o se rehúsa a presentar la Garantía de Cumplimiento.
4. Cualquier otra condición estipulada en el Pliego de Condiciones.

En fe de lo cual, se emite la presente Fianza/Garantía, en la ciudad de _____, Municipio de _____, a los _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA AUTORIZADA

FORMATO DE GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO

ASEGURADORA / BANCO

**GARANTIA / FIANZA
DE CUMPLIMIENTO N°:** _____

FECHA DE EMISION: _____

AFIANZADO/GARANTIZADO: **Fuerzas Armadas de Honduras**

DIRECCION Y TELEFONO: _____

Fianza / Garantía a favor de _____, para garantizar que el Afianzado/Garantizado, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, **CUMPLIRA** cada uno de los términos, cláusulas, responsabilidades y obligaciones estipuladas en el contrato firmado al efecto entre el Afianzado/Garantizado y el Beneficiario, para la Ejecución del Proyecto: “_____” ubicado en _____.

SUMA AFIANZADA/ GARANTIZADA: _____

VIGENCIA De: _____ **Hasta:** _____

BENEFICIARIO: _____

CLAUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA: "LA PRESENTE GARANTÍA/FIANZA SERÁ EJECUTADA POR EL MONTO TOTAL DE LA MISMA A SIMPLE REQUERIMIENTO BENEFICIARIO, ACOMPAÑADA DE UNA RESOLUCIÓN FIRME DE INCUMPLIMIENTO, SIN NINGÚN OTRO REQUISITO, PUDIENDO REQUERIRSE EN CUALQUIER MOMENTO DENTRO DEL PLAZO DE VIGENCIA DE LA GARANTÍA/FIANZA. LA PRESENTE GARANTÍA/FIANZA EMITIDA A FAVOR DEL BENEFICIARIO CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN SOLIDARIA, INCONDICIONAL, IRREVOCABLE Y DE EJECUCIÓN AUTOMÁTICA; EN CASO DE CONFLICTO ENTRE EL BENEFICIARIO Y EL ENTE EMISOR DEL TÍTULO, AMBAS PARTES SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES DE LA REPÚBLICA DEL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO. LA PRESENTE CLÁUSULA ESPECIAL OBLIGATORIA PREVALECE SOBRE CUALQUIER OTRA CONDICIÓN".

A las Garantías Bancarias o fianzas emitidas a favor BENEFICIARIO no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula especial obligatoria.

En fe de lo cual, se emite la presente Fianza/Garantía, en la ciudad de _____, Municipio de _____, a los _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA AUTORIZADA