

## INFORME COMITÉ TÉCNICO DE EVALUACIÓN

### CONTRATACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA, GASTO MÉDICO HOSPITALARIO CON COBERTURA DENTAL Y OFTALMOLÓGICA PARA EL PERSONAL DE LA COMISIÓN PARA LA DEFENSA Y PROMOCIÓN DE LA COMPETENCIA.

#### LICITACIÓN PRIVADA No. LP-001-CDPC-2024

Los miembros del Comité Evaluador nombrados mediante Memorandum 254-NDP-SG-2024, de fecha catorce (14) de agosto de año dos mil veinticuatro (2024) y conformado a propósito de la Licitación Privada No. LP-001-CDPC-2024, a través de la cual, la Comisión para la Defensa y Promoción de la Competencia pretende la **CONTRATACION DE UNA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA, GASTO MÉDICO HOSPITALARIO CON COBERTURA DENTAL Y OFTALMOLÓGICA PARA EL PERSONAL DE LA COMISIÓN PARA LA DEFENSA Y PROMOCIÓN DE LA COMPETENCIA (en adelante La Comisión)**, luego de haber realizado una revisión de las ofertas recibidas, tienen a bien presentar el presente informe en los términos que se exponen a continuación:

#### I. ANTECEDENTES

Con base a las disposiciones legales y presupuestarias que rigen los procedimientos para la obtención de bienes, obras, servicios y consultorías, La Comisión, pretende contratar los servicios de un **seguro colectivo de vida, gasto médico hospitalario con cobertura dental y oftalmológica** para el personal de La Comisión y sus familiares dependientes, bajo el apercibimiento que la cobertura a dependientes de los asegurados en las Categorías 2 y Categoría 3 será financiada por los/as servidores/as de La Comisión, en el caso de los dependientes de la Categoría 1 estarán amparados sin aumentar el costo de la prima.

La Comisión de Evaluación es la encargada de la revisión y evaluación de las propuestas recibidas de acuerdo con los criterios establecidos en los Pliegos de Condiciones, la Ley de Contratación del Estado, su Reglamento y demás leyes aplicables.

#### II. PROCESO DE LICITACIÓN

- 2.1) Que la Dirección Administrativa mediante nota No. 010-DAF-02-CDPC-2024 remitió para aprobación del Pleno de Comisionados, las Bases de la Licitación Privada registrada bajo el número No. LP-001-CDPC-2024, para la Contratación de una Póliza de Seguro Colectivo de Vida, Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica para el Personal de La Comisión, con el detalle de los requerimientos legales, técnicos y económicos exigidos.

2.2) Que mediante comunicación vía Memorándum No. 254-NDP-SG/2024 de fecha catorce (14) de agosto de dos mil veinticuatro (2024), el Pleno de Comisionados aprobó a la Dirección Administrativa el Pliego de Condiciones para que procediera a iniciar un proceso de Licitación Privada No. LP-001-CDPC-2024 según consta en acta No.033-2024, punto No. 5.6 de esta misma fecha, para la contratación de una póliza de **seguro colectivo de vida, gasto médico hospitalario con cobertura dental y oftalmológica** para el personal de La Comisión y sus familiares dependientes.

2.3) Que La Comisión como Institución interesada en la contratación de los servicios citados anteriormente, bajo la modalidad de Licitación Privada (LP), tal como consta en el expediente administrativo No. LP-001-CDPC-2024, publicó los pliegos de condiciones en el portal de Compras del Estado (Honducopras), en el marco de los principios de transparencia, eficiencia y libre competencia. También se les giró invitación para participar en el proceso de la licitación a las siguientes empresas:

- Interamericana de Seguros, S.A. (FICOHSA Seguros).
- Seguros Continental
- Seguros Lafise Honduras S.A.
- Seguros Atlántida S.A.
- MAPFRE Seguros Honduras S.A.
- Seguros del País S.A.
- Equidad Compañía de Seguros S.A.
- ASSA Compañía de Seguros S.A.
- Deloitte & Touche S. de R.L.

2.4) Que el día diez (10) de octubre de año dos mil veinticuatro (2024) la Dirección Administrativa mediante el Oficio No. 112-10-DAF-CDPC-2024 realizó la siguiente aclaración en atención a las consultas remitidas por los potenciales oferentes:

**Siniestralidad de los últimos cinco años**

No	Descripción póliza	AÑOS				
		2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	23-02-2023 al 23-08-2024
1	Póliza de gasto médico hospitalario, con cobertura dental y oftalmológica, con cobertura mundial y Centroamericana	L 611,288.86	L 478,896.03	L 843,527.43	L 364,478.92	L 878,515.45
2	Póliza cobertura de vida, cobertura mundial	L 0.00	L 0.00	L 1,130,000.00	L 0.00	L 0.00
<b>Totales:</b>		<b>L 611,288.86</b>	<b>L 478,896.03</b>	<b>L 1,973,527.43</b>	<b>L 364,478.92</b>	<b>L 878,515.45</b>

2.5) Que en fecha siete (07) de octubre del año en curso, la Dirección Administrativa emitió Enmienda No. 1, con respecto a la Sección VI. -Lista de Requisitos apartado 3. Especificaciones Técnicas :

Página 65:  
Donde se lee:

3.1 Cuadro de las Pólizas Requeridas:

Renglón No.	Descripción Pólizas de Seguro	No. De Asegurados
1	Póliza de seguro colectivo de vida. cobertura mundial. Ver Anexo: Asegurado Principal LP-001-CDPC-2024	41

Se modifica de la siguiente manera:

3.2 Cuadro de las Pólizas Requeridas:

Renglón No.	Descripción Pólizas de Seguro	No. De Asegurados
1	Póliza de seguro colectivo de vida. Cobertura mundial. Ver Anexo 2: Listado de Asegurados titulares para enrolamiento inicial en la póliza LP-001-2024-, con continuidad de prexistencias en caso de altas y bajas.	40

Total, asegurados titulares: 40

Pág. 66  
Donde se lee:

Póliza Colectiva de Gasto Médico Hospitalario, con cobertura de gasto dental y oftalmológico:

Categoría	COBERTURA GEOGRÁFICA	BENEFICIARIOS	MÁXIMO VITALICIO	No. De Empleados
I	Mundial	Comisionados	L 4,000,000.00	Tres (03)
II	Mundial	Directores y Secretario General	L 3,000,000.00	Siete (06)
III	Centroamérica y Panamá	Resto del personal	L 2,000,000.00	Treinta y dos (32)

Se modifica de la siguiente manera:

Póliza Colectiva de Gasto Médico Hospitalario, con cobertura de gasto dental y oftalmológico:

Categoría	COBERTURA GEOGRÁFICA	BENEFICIARIOS	MÁXIMO VITALICIO	No. De Empleados
I	Mundial	Comisionados	L 4,000,000.00	Tres (03)
II	Mundial	Directores y Secretario General	L 3,000,000.00	Seis (06)
III	Centroamérica y Panamá	Resto del personal	L 2,000,000.00	Treinta y uno (31)

Total, asegurados titulares: 40

Ver anexo 1.

Estos mismos cambios han de aplicarse en los formularios de lista de precios.

2.6) Que de conformidad con las bases del proceso de Licitación Privada (LP) No. LP-001-CDPC-2024, los plazos para la recepción de ofertas y acto de apertura de los sobres contentivos de las ofertas respectivas se programaron para ser desarrolladas en la Oficina que ocupa La Comisión en la fecha y horario siguiente:

- **Cláusula IAO 24.1**

**La fecha y hora límite para presentar las ofertas es:**

Fecha: martes 22 de octubre de 2024

Hora: 02:30 pm, hora oficial

- **Cláusula IAO 27.1: la apertura de las ofertas tendrá lugar en:**

**La fecha y hora de apertura de ofertas es:**

Fecha: martes 22 de octubre de 2024

Hora: 02:45 pm, hora oficial

2.7) Que al Acto de Apertura de ofertas realizado el día y hora citados en el numeral anterior, se presentaron las siguientes compañías:

1) **INTERAMERICANA DE SEGUROS S.A.**, presentó su oferta en original, copia y digital; consta de 207 folios útiles, Apoderado Especial Yuri Miguel Irias Araque, autorizando para la presentación de la presente Oferta al Sra. Kathyne Ariana Avelar Vallejo con Documento Nacional de Identificación 0801-1989-21356; el monto total de la Oferta es de L 1,537,640.00, de acuerdo a lo siguiente: **PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA**: con cobertura mundial y suma asegurada de L 92,000,00, Número de asegurados 40, para un total póliza de L 322,500.00. **SEGURO DE GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS CON COBERTURA DENTAL Y OFTALMOLOGICA**: **Categoría 1**: con cobertura mundial, máximo vitalicio cuatro millones de Lempiras por asegurado, número de asegurados 3, costo anual de L 281,196.00; **Categoría 2**: con

cobertura mundial y un máximo vitalicio de tres millones de Lempiras por asegurado, número de asegurados 6, costo anual de L 175,680.00; **Categoría 3:** con cobertura mundial, máximo vitalicio de dos millones de Lempiras por asegurado, número de asegurados 31, costo anual de L 757,764.00; para una Oferta total de L 1,215,140.00. Presentó Garantía Bancaria de Mantenimiento de Oferta No. TGU1372/2024, expedida por Banco de Occidente, S.A. por un valor de L 35,000.00 con una vigencia del 22 de octubre del 2024 al 27 de enero del 2025. Con relación a costos ofertados por inclusión de grupo familiar dependiente en la **Categoría 1** amparado sin aumentar el costo de la prima, **Categoría 2** se establece un costo unitario mensual de L 4,658.00 y para la **Categoría 3** de L 3,430.00.

- 2) **SEGUROS BANRURAL HONDURAS S.A.**, presentó su oferta en original, copia y en digital, consta de 323 folios, representante Martha Magdalena Bonilla Colindres, autorizando para la presentación de la presente Oferta a la Sra. Michelle Elisangela Mejía Núñez con Documento Nacional de Identificación 0801-1989-08805; el monto total de la Oferta es de L 1,353,400.00, de acuerdo a lo siguiente: **PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA**, desglosado de la siguiente manera: **Categoría 1:** con cobertura mundial y suma asegurada de cuatro millones de Lempiras por asegurado, Número de asegurados 3; **Categoría 2:** con cobertura mundial y suma asegurada de tres millones de Lempiras por asegurado, Número de asegurados 6; **Categoría 3:** con cobertura centroamericana y suma asegurada de dos millones de Lempiras por asegurado, Número de asegurados 31, para un total póliza de L 442,100.00. **SEGURO DE GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS CON COBERTURA DENTAL Y OFTALMOLOGICA:** **Categoría 1:** con cobertura mundial, máximo vitalicio cuatro millones de Lempiras por asegurado, número de asegurados 3, costo anual de L 208,800.00; **Categoría 2:** con cobertura mundial y un máximo vitalicio de tres millones de Lempiras por asegurado, número de asegurados 6, costo anual de L 144,000.00; **Categoría 3:** con cobertura en Centroamérica y Panamá, máximo vitalicio de dos millones de Lempiras por asegurado, número de asegurados 31, costo anual de L 558,000.00; para una Oferta total de L 911,300.00. Presentó Fianza de Mantenimiento de Oferta No. FI-1623433-57161-0, expedida por Seguros Lafise Honduras, S.A. por un valor de L 40,000.00 con una vigencia del 22 de octubre del 2024 al 22 de febrero del 2025. Con relación a costos por inclusión de dependientes en la **Categoría 1** se establece un costo unitario mensual de L 3,000.00, para la **Categoría 2** L 2,500.00, y para la **Categoría 3** L 2,000.00.

### III. EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LA PROPUESTA

3.1 Una vez finalizado el acto de apertura, el Comité Evaluador procedió al análisis preliminar verificando el cumplimiento en la presentación de por lo menos los siguientes documentos para las dos empresas oferentes:

- a) El Formulario de Presentación de Oferta, detallando el precio total ofertado en la moneda de curso legal (Lempira); incluidos los impuestos y otros gastos aplicables, debidamente firmado por el Representante Legal, sellado y autenticado,
- b) El Formulario de Lista de Precios, debidamente firmado, sellado y autenticado;
- c) El formulario de la garantía de mantenimiento de oferta firmada en un monto igual o superior al 2%, del monto total ofertado, sellada y autenticada por el oferente, así como la verificación del porcentaje de esta y;
- d) Declaración Jurada, firmada, sellada y autenticada, de no encontrarse comprendido en ninguna de las inhabilidades o prohibiciones previstas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

Confirmándose que ambas empresas presentaron la información requerida en debida forma.

### 3.2 EVALUACIÓN DEL COMPONENTE LEGAL

El Comité Evaluador teniendo en cuenta los criterios de evaluación contenidos en la Sección II- Datos de Licitación (INCISO C. PREPARACIÓN DE LAS OFERTAS, COMPONENTE LEGAL), del documento base de la licitación, emite las siguientes consideraciones:

Tipo De Evaluación: •Legal		INTERAMERICANA DE SEGUROS S.A.		SEGUROS BANRURAL HONDURAS S.A	
No.	Documentación	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
4.1	Declaración Jurada autenticada en donde se haga constar que ni la entidad y ni su representante legal están comprendidos en alguna de las inhabilidades señaladas en los artículos 15, 16 y 18 de la Ley de Contratación del Estado, ni dentro de las diferentes inhabilidades que establece la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.	X		X	

4.2	Fotocopia autenticada del poder de representación debidamente inscrita en el Registro Mercantil de la Cámara de Comercio centro asociado al Instituto de la Propiedad correspondiente.	X		X	
4.3	Fotocopia autenticada de escritura de constitución de sociedad de la empresa y sus reformas si las hubiere, inscritos en el Registro Mercantil de la Cámara de Comercio centro asociado al Instituto de la Propiedad correspondiente	X		X	
4.4	Fotocopia autenticada del permiso de operación vigente extendido por la Municipalidad del domicilio de la empresa licitadora.	X		X	
4.5	Fotocopia autenticada de la tarjeta de identidad y Registro Tributario Nacional del oferente y del representante legal, en caso de ser extranjero, deberá acreditar su residencia legal en el país.	X		X	
4.6	Constancia original o fotocopia autenticada vigente de inscripción en la Cámara de Comercio centro asociado al Instituto de la Propiedad correspondiente.	X		X	
4.7	Constancia original o comprobante autenticado del pago actualizado de impuestos municipales de la empresa en la localidad donde está registrada la firma	X		X	

4.8	Declaración de juicios o reclamaciones pendientes durante los últimos cinco años a causa de contratos ejecutados o en ejecución.	X		X	
-----	--	---	--	---	--

**3.3 EVALUACIÓN DEL COMPONENTE TÉCNICO**

El Comité Evaluador teniendo en cuenta los criterios de evaluación contenidos en la Sección II- Datos de Licitación (Inciso C. Preparación de las ofertas, componente técnico), apartado 3 especificaciones técnicas del documento base de la licitación, emite las siguientes consideraciones:

Tipo De Evaluación:		INTERAMERICANA DE SEGUROS S.A.		SEGUROS BANRURAL HONDURAS S.A	
▪Técnica					
No.	Documentación	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
3.1	Designación escrita de la Persona que representa al oferente. Los oferentes designarán en sus ofertas el nombre, cargo y dirección de la persona que tenga plena autoridad para solventar cualquier reclamación que pueda surgir en relación a la oferta presentada, antes y después de la suscripción del contrato, como se detalla a continuación: ▪NOMBRE: ▪CARGO: ▪LICITADOR: ▪DIRECCIÓN: ▪TELÉFONO: ▪CORREO ELECTRÓNICO:	X		X	

3.2	Declaración jurada debidamente autenticada expresando: Que los Servicios que ofrece los prestará en cumplimiento con las condiciones de este documento base de licitación, coberturas tiempos y respaldo de las compañías reaseguradoras respecto a los seguros ofertados y que se brindará la atención por reclamos en tiempo establecido	X		X	
3.3	Certificación o fotocopia autenticada extendida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros que acredite la autorización para operar en la rama de Seguros.	X		X	
3.4	Referencia de por lo menos dos (2) clientes corporativos de su empresa donde se indique el desempeño satisfactorio de similares contratos cumplidos tanto en servicio como en cuantía. Las fechas de emisión no deberán exceder los últimos tres (3) años), dichas referencias deberán estar debidamente firmadas y selladas por los Representantes Legales de quien las emita.	X		X	
3.5	Listado de reaseguradores con las que la compañía de Seguros mantiene protegida su cartera de seguros.	X		X	

3.6	Estados financieros y sus anexos de los últimos tres (3) años (2021-2023), auditados por una firma auditora externa o por un Contador Público externo colegiado, debiendo acreditar que cuenta con la solidez financiera para ejecutar el contrato.	X		X	
3.7	Red de proveedores: hospitales, farmacias, médicos; que proporcionen los servicios solicitados en este documento además expresarán que no existirá ningún inconveniente al momento de requerir sus servicios.	X		X	
3.8	Oferta técnica que contenga la descripción pormenorizada de las coberturas incluidas y excluidas en la oferta, en el entendido que la oferta debe ajustarse como mínimo en su totalidad a lo establecido en los requerimientos técnicos de este pliego de licitación.	X			X

En relación con la evaluación del componente técnico, la empresa SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A. no presentó en su totalidad las especificaciones técnicas de cobertura establecidas en el Pliego de Licitación.

### 3.4 EVALUACIÓN DEL COMPONENTE ECONÓMICO

El Comité Evaluador teniendo en cuenta los criterios de evaluación contenidos en la Sección II- Datos de Licitación (INCISO C. PREPARACIÓN DE LAS OFERTAS, COMPONENTE ECONÓMICO), del documento base de la licitación, emite las siguientes consideraciones:

Tipo De evaluación: •Económica		INTERAMERICANA DE SEGUROS S.A.		SEGUROS BANRURAL HONDURAS S.A	
No.	Documentación	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
2.1	Carta de Presentación de Oferta la cual debe presentarse según el formato que se acompaña, detallando el precio total ofertado en la moneda de curso legal (Lempira), incluidos los impuestos y gastos aplicables. Firmada por el representante legal del oferente, quien deberá acreditar el poder suficiente para la suscripción de contratos.	X		X	
2.2	<b>Formulario de oferta y lista de Precios</b> , con desglose por tipo de póliza y categoría, según formato que se acompaña firmado y sellado. Si un oferente no presenta un Ítem contenido en la Lista de Precios, se entenderá que no está ofertando para ese Ítem en particular. La propuesta debe ser por el valor total de la prima incluidos los gastos aplicables, desglosando cuáles serían los costos de Seguros Colectivo de Vida y de Gastos Médicos Hospitalarios, póliza de gasto dental y cobertura oftalmológica para el personal de la CDPC; y detallando separadamente el costo de la prima para cobertura a dependientes.	X			X

2.3	<b>Garantía de Mantenimiento de la Oferta</b> , de conformidad con el anexo que se acompaña, con una cuantía igual o mayor al 2% del valor total de la oferta presentada y una vigencia mínima de noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de apertura de oferta.	X		X	
-----	---	---	--	---	--

### 3.5 EVALUACIÓN DEL COMPONENTE ECONÓMICO DE LA OFERTA

De acuerdo con lo establecido en la Sección II. **Datos de Licitación Inciso E. Evaluación y Comparación de las Ofertas, Evaluación de las Ofertas:** *Una vez finalizada la evaluación preliminar, para los fines de la evaluación posterior se hará un análisis de las ofertas del cumplimiento legal, técnico y económico, preparándose un cuadro que muestre además del cumplimiento de requisitos establecidos en el pliego de condiciones y lo previsto en el artículo 115, 126 del Reglamento de la LCE: d) Precios ofertados: Para esta evaluación se comparará los precios ofertados para esta licitación, con respecto a los precios y condiciones ofertadas para estos servicios similares en el mercado a nivel nacional o internacional, según sea el caso, dichos precios deberán encontrarse en registros públicos u otros medios comprobables. Según sea el caso, podrá compararse todos los precios ofertados o realizarse una muestra con los bienes de mayor volumen transaccional.*

Se procedió a evaluar la oferta económica para el **seguro colectivo de vida, gasto médico hospitalario con cobertura dental y oftalmológica** para el personal de La Comisión y sus familiares dependientes propuesto por la empresa **INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A.**

- A) Oferta económica total propuesta por **INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A.**, asciende a L 1,537,640.00 (un millón quinientos treinta y siete mil seiscientos cuarenta lempiras exactos), detallándose: Póliza de seguro de gasto medico hospitalario con cobertura dental y oftalmológica L 1,215,140.00 (un millón doscientos quince mil ciento cuarenta lempiras exactos) y Seguro Colectivo de Vida L 322,500.00 (trescientos veintidós mil quinientos lempiras exactos), monto que es desglosado de la siguiente manera:

Lista de Precios

Formulario de Lista de Precios de Oferta Económica Asegurado Titular (Empleado Solo): Póliza de Seguro de Gasto Médico Hospitalario Con Cobertura Dental y Oftalmológica.

Formato Presentación de Oferta Económica Asegurado Titular (Empleado Solo)					
Fuente de Financiamiento: Fondos de la Comisión para la Defensa y Promoción de la Competencia					
Póliza de Seguro Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica					
Ver Anexo: Asegurado Principal LP-001-CDPC-2024 para completar este formulario					
Vigencia: Los Seguros solicitados tendrán una vigencia de un año calendario contado a partir del siguiente día calendario, una vez notificada la adjudicación.				Fecha	22 de octubre de 2024
Nombre del Oferente: <u>Interamericana de Seguros S.A.</u>				LP No.	LP-001-CDPC-2024
				Pág. No.	de
Renglón No.	Descripción	No. De Asegurados	Costo Unitario Mensual	Costo Total Anual de la Prima	
No.1	Categoría uno (1) Cobertura Muncial, máximo Mitalicio: L.4,000,000.00	3	Gastos Médicos L. 7,154.00 Dental L. 308.00 Oftalmología L. 209.00 TOTAL MENSUAL L. 7,611.00	L.281 196.00	
No.2	Categoría dos (2) Cobertura Mundial, máximo Mitalicio: L.3,000,000.00	6	Gastos Médicos L. 2,271.00 Dental L. 92.00 Oftalmología L. 77.00 TOTAL MENSUAL L. 2,440.00	L. 175 680.00	
No.3	Categoría tres (3) Cobertura Mundial, máximo Mitalicio: L.2,000,000.00	31	Gastos Médicos L. 1,853.00 Dental L. 92.00 Oftalmología L. 92.00 TOTAL MENSUAL L. 2,037.00	L.757 784.00	
	Sub Total 1			L. 1,214,640.00	
	Cargos Adicionales (Cargos administrativos u otros aplicables)	1		L.500.00	
	<b>TOTAL OFERTA ECONÓMICA</b>			<b>L. 1,215,140.00</b>	

  
Yuri Miguel Irias Aracil  
Apoderado Especial



Lista de Precios

Formato Presentación de Oferta Económica Asegurado Titular Fuente de Financiamiento: Fondos de la Comisión para la Defensa y Promoción de la Competencia Póliza de Seguro Colectivo de Vida con Cobertura Mundial Ver Anexo: Asegurado Principal LP-001-CDPC-2024 para completar este formulario					
Vigencia: Los Seguros solicitados tendrán una vigencia de un año calendario contado a partir del siguiente día calendario, una vez notificada la adjudicación. _____ Nombre del Oferente: <u>Interamericana de Seguros,S.A.</u>					Fecha 22 de octubre de 2024 LP No. LP-001-CDPC-2024 Pág. No. ____ de ____
Renglón No.	Descripción	No. De Asegurados	Suma Asegurada	Costo Unitario por Millar	Costo Total Anual de la Prima
1	Póliza Colectiva de vida, cobertura mundial	40 Asegurados	L.92,000,000.00	3.50% (Anual al millar)	L.322,000.00
2	Cargos adicionales (Cargos administrativos u otros en caso de que apliables )	1	N/A	L.500.00	L.500.00
<b>Total Póliza Colectiva Seguro de Vida</b>					<b>L.322,600.00</b>

  
 Yuri Miguel Inas Araque  
 Apoderado Especial



El costo para dependientes de la Categoría 2 y Categoría 3 se incluirá en la oferta, más no será tomada en cuenta para la evaluación del componente económico ya que está a discreción de los colaboradores que deseen incluir a sus dependientes.

Lista de Precios

Formulario de Lista de Precios de Oferta Económica Asegurado Titular (Empleado Solo): Póliza de Seguro de Gasto Médico Hospitalario Con Cobertura Dental y Oftalmológica.

Formato: Presentación de Oferta Económica Asegurado Titular (Empleado Solo)  
Fuente de Financiamiento: Fondos de la Comisión para la Defensa y Promoción de la Competencia  
Póliza de Seguro Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica  
Ver Anexo: Asegurado Principal LP-001-CDPC-2024 para completar este formulario

Vigencia: Los Seguros solicitados tendrán una vigencia de un año calendario contado a partir del siguiente día calendario, una vez notificada la adjudicación.  
Nombre del Oferente: Interamericana de Seguros S.A.

Fecha: 22 de octubre de 2024  
LP No. LP-001-CDPC-2024  
Pág. No. de

Renglón No.	Cobertura Mundial	No. De Asegurados	Costo Unitario Mensual	Costo Total Anual de la Prima por "solo grupo familiar dependiente"
1	Póliza de gastos médicos hospitalarios	Por unidad de medida: solo grupo familiar dependiente de categoría uno (01).	L. 7,154.00	Amperado sin aumentar el costo de la prima.
	Cobertura de gastos odontológicos		L. 308.00	Amperado sin aumentar el costo de la prima.
	Cobertura de gastos oftalmológicos		L. 289.00	Amperado sin aumentar el costo de la prima.
	Cargos adicionales (Cargos administrativos u otros aplicables)		No Aplica	No Aplica
Sub Total 1				
Renglón No.	Cobertura Mundial	No. De Asegurados	Costo Unitario Mensual	Costo Total Anual de la Prima por "solo grupo familiar dependiente"
2	Póliza de gastos médicos hospitalarios	Por unidad de medida: solo grupo familiar dependiente de categoría dos (02) y tres (03)	Categoría 2 L. 4,168.00 Categoría 3 L. 3,038.00	Categoría 2 L. 60,016.00 Categoría 3 L. 36,456.00
	Cobertura de gastos odontológicos		Categoría 2 L. 277.00 Categoría 3 L. 221.00	Categoría 2 L. 3,324.00 Categoría 3 L. 2,652.00
	Cobertura de gastos oftalmológicos		Categoría 2 L. 213.00 Categoría 3 L. 171.00	Categoría 2 L. 2,556.00 Categoría 3 L. 2,052.00
	Cargos adicionales (Cargos administrativos u otros aplicables)		No Aplica	No Aplica
	Sub Total 2			Categoría 2 L. 55,606.00 Categoría 3 L. 41,160.00

Yuri Miguel Irias Araque  
Apoderado Especial



B) Oferta económica total propuesta por **SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.** asciende a L 1,353,400.00 (un millón trescientos cincuenta y tres mil cuatrocientos lempiras exactos), detallándose: Póliza de seguro de gasto medico hospitalario con cobertura dental y oftalmológica L 911,300.00 (novecientos once mil trescientos lempiras exactos) y Seguro Colectivo de Vida L 442,100.00 (cuatrocientos cuarenta y dos mil cien lempiras exactos), monto que es desglosado de la siguiente manera:

Handwritten signatures and marks at the bottom right of the page.

Formulario de Lista de Precios para de Oferta Económica Asegurada Titular (Empleado solo): Póliza de Seguro de Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica.

**Formato Presentación de Oferta Económica Asegurado Titular (Empleado solo)**  
Fuente de Financiamiento: Fondos Propios de la Comisión para la Defensa y Promoción de la Competencia  
Póliza de Seguro de Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica

Vigencia: Los seguros solicitados tendrán una vigencia de un año calendario contado a partir del siguiente día calendario, una vez notificada la adjudicación

Fecha: **22 DE OCTUBRE DE 2024**

LP No. **LP-001-CDPC-2024**

Nombre del Oferente: **SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.** Pág. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Reglón No.	Descripción	No. De Asegurados	Costo Unitario Mensual	Costo Total Anual de la Prima
No.1	Categoría uno (01) Cobertura Mundial, máximo vitalicio: L. 4,000,000.00	3	L.5,800.00	L.208,800.00
No.2	Categoría dos (02) Cobertura Mundial, máximo vitalicio: L. 3,000,000.00	6	L.2,000.00	L.144,000.00
No.3	Categoría tres (03) Cobertura Centroamérica y Panamá, máximo vitalicio: L. 2,000,000.00	31	L.1,500.00	L.558,000.00
	<b>Sub Total I</b>	<b>40</b>		<b>L.910,800.00</b>
	Cargos adicionales (cargos administrativos u otros aplicables)			<b>L.500.00</b>
	<b>TOTAL OFERTA ECONOMICA</b>			<b>L.911,300.00</b>

TOTAL OFERTA ECONOMICA PÓLIZA DE GASTO MÉDICO HOSPITALARIO CON COBERTURA DENTAL Y OFTALMOLÓGICA: costo total anual de la prima incluidos gastos administrativos

Nota: Total Oferta Económica = sumatoria de póliza seguro de gasto médico hospitalario + total póliza colectiva de vida para los asegurados titulares (colaboradores/as de la CDPC, enrolados en la póliza)

  
Martha Magdalena Bonilla Colindres  
Gerente General  
Seguros Banrural Honduras, S.A.



Lista de Precios

Formulario de Lista de Precios para Presentación de Oferta Económica Asegurado Titular: Póliza Colectiva Seguro de Vida

**Formato Presentación de Oferta Económica Asegurado Titular**  
Fuente de financiamiento: Fondos Nacionales de la Comisión para la Defensa y Promoción de la Competencia  
Póliza de Seguro Colectiva de Vida con Cobertura Mundial  
Ver Anexo: Asegurado Principal LP-001-CDPC-2024 para completar este formulario

Vigencia: Los seguros solicitados tendrán una vigencia de un año calendario contado a partir del siguiente día calendario, una vez notificada la adjudicación.

Fecha: **22 DE OCTUBRE DE 2024**

LP No. **LP-001-CDPC-2024**

Nombre del Oferente: **SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.** Pág. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Reglón No.	Descripción	No. De Asegurados	Suma Asegurada	Costo Unitario por Millar	Costo Total Anual de la Prima
1	Póliza Colectiva de Vida , Categoría I, Cobertura Mundial	3	L.12,000,000.00	4.8 al millar	L.57,600.00
2	Póliza Colectiva de Vida , Categoría II, Cobertura Mundial	6	L.18,000,000.00	4.8 al millar	L.86,400.00
3	Póliza Colectiva de Vida , Categoría III, Cobertura Centroamericana	31	L.62,000,000.00	4.8 al millar	L.297,600.00
4	Cargos adicionales (cargos administrativos u otros en caso de que sean aplicables)				<b>L.500.00</b>
	<b>Total Póliza Colectiva Seguro de Vida</b>	<b>40</b>	<b>L.92,000,000.00</b>		<b>L.442,100.00</b>

012



El costo para dependientes de la Categoría 2 y Categoría 3 no se incluye en la oferta, más no será tomada en cuenta para la evaluación del componente económico ya que está a discreción de los colaboradores que deseen incluir a sus dependientes.

Formulario de Lista de Precios para Presentación de Oferta Económica para Dependientes: Póliza de Seguro de Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica

**Formato Presentación de Oferta Económica para Dependientes (Sólo Grupo familiar dependientes)**  
Fuente de Financiamiento: Fondos propios del personal de la CDPC que desee amparar a su grupo familiar dependiente  
Póliza de Seguro de Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica  
Nota: El número de asegurados dependientes dependerá del personal que ampare a sus dependientes y el mismo se proporcionará antes de la firma del contrato o durante la vigencia del contrato.

Vigencia: Los seguros solicitados tendrán una vigencia de un año calendario contado a partir del siguiente día calendario, una vez notificada la adjudicación

Fecha: 22 DE OCTUBRE DE 2024

I.P. No.: LP-001-CDPC-2024

Nombre del Oferente: SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.

Pág. No.: de

Renglón No.	Categoría I - Cobertura Mundial	No. De Asegurados	Costo Unitario Mensual	Costo Total Anual de la Prima por "Sólo grupo familiar dependiente"
1	Póliza de gastos médicos hospitalarios	3	L.2,720.00	L.97,920.00
	Cobertura de gastos odontológicos		L.180.00	L.6,480.00
	Cobertura de gastos oftalmológicos		L.100.00	L.3,600.00
	Cargos adicionales (cargos administrativos u otros aplicables)			
	Sub Total 1		L.3,000.00	L.108,000.00
Renglón No.	Categoría II - Cobertura Mundial	No. De Asegurados	Costo Unitario Mensual	Costo Total Anual de la Prima por "Sólo grupo familiar dependiente"
2	Póliza de gastos médicos hospitalarios	Por definir	L.2,220.00	L.26,640.00
	Cobertura de gastos odontológicos		L.180.00	L.2,160.00
	Cobertura de gastos oftalmológicos		L.100.00	L.1,200.00
	Cargos adicionales (cargos administrativos u otros aplicables)			
	Sub Total 2		L.2,500.00	L.30,000.00

2/3

En la Sección IV del pliego de condiciones, en Formulario de Lista de Precios para Oferta Económica Asegurado Titular (Empleado solo), Póliza de Seguro de Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica, Renglón No.1, Categoría uno (01) Cobertura Mundial, cantidad de asegurados (3); se especificó que “El costo de la prima del titular debe incluir a sus dependientes (cónyuge e hijos) sin que esto incremente la prima”. Sin embargo, **SEGUROS BANRURAL HONDURAS S.A.** presentó un costo adicional de L 108,000.00 para los dependientes, lo que incumple este requisito. Como resultado, la oferta total para la póliza colectiva de vida y de gastos médicos hospitalarios con cobertura dental y oftalmológica asciende a L 1,461,400.00, ajustando el costo con el monto adicional indicado.

<b>Costos Totales de BANRURAL HONDURAS S.A. para la Póliza de Seguro de Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica</b>		
Descripción	Titular Empleado Solo	Con Grupo Familiar Dependiente
Póliza de Seguro Colectivo de Vida con Cobertura Mundial	L 442,100.00	L 442,100.00
Póliza de Seguro de Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica	L 911,300.00	L 911,300.00
Costo de la Prima de Dependientes de Categoría 1	L 0.00	<b>L 108,000.00</b>
<b>Costo Total para Poliza</b>	<b>L 1,353,400.00</b>	<b>L 1,461,400.00</b>

### 3.6. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

El artículo 5 de la Ley de Contratación del Estado (LCE) establece que los procedimientos deben estructurarse e interpretarse de manera que se garantice la selección de la oferta más conveniente al interés general, priorizando la eficiencia, racionalidad y celeridad. Además, se permitirá la subsanación de defectos insustanciales, prevaleciendo el contenido sobre la forma.

El artículo 51 de la LCE establece que los contratos se adjudicarán al oferente que, cumpliendo con las condiciones de participación y demostrando solvencia, presente la oferta más baja o la más ventajosa económicamente, de acuerdo con criterios objetivos definidos en el Pliego de Condiciones. Por su parte, el artículo 52 señala que, además del precio, pueden evaluarse otros criterios, como se establece en el Pliego de Condiciones, IAO 40.1 debiendo otorgarse la adjudicación al precio más bajo sólo si se cumplen todas las condiciones de participación.

El artículo 55 dispone que, si la adjudicación no recae en el oferente con la oferta más baja, la decisión debe estar debidamente motivada y aprobada por la autoridad competente, con base en los criterios establecidos en el pliego. La falta de motivación adecuada será causa de

nulidad del proceso y podrá derivar en responsabilidades legales para los funcionarios involucrados.

Asimismo, el artículo 134 del Reglamento de la LCE estipula que, cuando el precio no sea el único factor de comparación, el Pliego de Condiciones deberá prever criterios objetivos de ponderación. El artículo 135 del mismo Reglamento refuerza que, además del precio, podrán considerarse otros criterios objetivos de evaluación. Finalmente, el artículo 132 y la IAO 11.1(h) precisan que no podrán subsanarse defectos que modifiquen el precio, objeto o condiciones ofrecidas en la oferta.

En el marco de esta licitación, **SEGUROS BANRURAL HONDURAS S.A.** presentó una oferta por el monto de L 1,353,400.00, la cual fue la más baja entre las ofertas recibidas. Sin embargo, dicha oferta no incluyó la prima para los dependientes de Categoría 1, un requerimiento estipulado explícitamente en el Pliego de Condiciones.

La omisión de esta prima implica un costo adicional a lo ofertado de L 108,000.00, lo que constituye un incumplimiento sustancial de los términos establecidos en el Pliego de Condiciones, sección IV. Formularios de la Oferta: "**Formulario de Lista de Precios para Presentación de Oferta Económica para Dependientes: Póliza de Seguro de Gasto Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica**". Dado que este defecto afecta el objeto de la oferta y no puede ser subsanado, la propuesta de **SEGUROS BANRURAL HONDURAS S.A.** no se ajusta a las condiciones esenciales de la licitación.

#### 4. CONCLUSIONES

Con base en los criterios establecidos en el Pliego de Condiciones y el marco normativo vigente, el Comité Evaluador determina que la única oferta que satisface sustancialmente los requisitos y condiciones esenciales de esta licitación es la presentada por **INTERAMERICANA DE SEGUROS S.A.**

Si bien **SEGUROS BANRURAL HONDURAS S.A.** presentó el precio más bajo, su oferta no cumple con todos los requerimientos exigidos y su omisión no puede ser subsanada según las disposiciones legales. Por lo tanto, el Comité Evaluador recomienda adjudicar el contrato a **INTERAMERICANA DE SEGUROS S.A.**, por ser la oferta que mejor se ajusta a las condiciones requeridas en el Pliego de Condiciones.

5. RECOMENDACIÓN

Conforme al artículo 52 de la Ley de Contratación del Estado y el 136 de su Reglamento, numeral c), y la IAO 40.1 del Pliego de Condiciones, el Comité Evaluador recomienda la adjudicación del contrato a **INTERAMERICANA DE SEGUROS S.A.**, lo anterior debido a que, a pesar de no ser la oferta más baja, su propuesta es la oferta evaluada como la que más se ajusta a los requisitos establecidos en el Pliego de Condiciones.

Lo anterior, considerando que esta oferta incluye la cobertura del Seguro Colectivo de Vida, Gastos Médico Hospitalario con Cobertura Dental y Oftalmológica, para el personal de la Comisión para la Defensa y Promoción de la Competencia (CDPC) amparando al grupo familiar dependiente de los asegurados de la Categoría 1.

Por lo tanto, el Comité Evaluador, de conformidad con lo establecido en el Pliego de Condiciones considera que **INTERAMERICANA DE SEGUROS S.A.** reúne las condiciones exigidas para contratar.

  
Jorge Borjas

  
Ingris Fonseca

  
Eduardo Handal

  
Dania Medina

  
Melissa Portillo