

**CONVENIO DE BENEFICIOS ESPECIALES Y DESCUENTOS EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
HOSPITALARIOS ENTRE HOSPITAL LA POLICLINICA S, A  
Y  
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO.**

Conste por medio del presente documento que en los lugares y fechas señalados al final del presente documento, entre las personas identificadas en los numerales I y II del presente documento:

DE UNA PARTE: **HOSPITAL LA POLICLINICA S.A.**, sociedad mercantil constituida legalmente de conformidad con las Leyes de la República de Honduras, inscrita con el No.53, Escritura Pública del Registro de la Propiedad y Mercantil con cédula de persona jurídica 96, que en este documento será llamado en adelante denominada "EL HOSPITAL" o "EL PROVEEDOR", representada por el Señor **CESAR EDUARDO HENRIQUEZ CACERES**, hondureño, mayor de edad, Casado, Médico Cirujano, con número de identidad **0801-1975 -03249**, quien actúa debidamente facultada en representación de la sociedad mercantil: **HOSPITAL LA POLICLINICA S.A.**, cuyo domicilio es la ciudad de Tegucigalpa, y POR LA OTRA PARTE: **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO**, persona jurídica de carácter Nacional, con domicilio en la ciudad de Comayagüela, República de Honduras, representado. **ABOGADA. ANNY BELINDA OCHOA MEDRANO**, mayor de edad, Soltera, Hondureña, documento único de identidad **0801-1976-07910**, quien actúa en su calidad de Presidenta del **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO**.

Ambas partes hemos convenido en suscribir el presente **CONVENIO DE BENEFICIOS ESPECIALES Y DESCUENTOS EN PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS**, el cual se registrá bajo las siguientes cláusulas:

**PRIMERA: OBJETO.** El objeto del presente Convenio, consiste en otorgar los beneficios Especiales de descuentos a los agremiados del **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO** y definir los términos y condiciones conforme a los cuales el **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO**, Firma alianza con **HOSPITAL LA POLICLINICA S.A.** para gozar de estos beneficios.

**SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL PROVEEDOR**

Por virtud del presente Convenio de beneficios especiales de Descuento, "El Proveedor" se compromete a aplicar los siguientes beneficios especiales:

1. El Programa de Seguros y Previsión el cual le da como beneficio descuentos especiales al solicitar los Servicios Médicos Hospitalarios con su póliza de Seguros en las siguientes Aéreas:
  - Emergencias
  - Hospitalizaciones
  - Servicios Quirúrgicos
  - Consulta externa con Red de Médicos Especialistas

- Radiología e Imágenes
- Laboratorios Clínicos

### **TERCERA: OBLIGACIONES DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS (CAH)**

Por virtud del presente Convenio, el **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO**, se compromete a:

- a) Facilitar a **EL PROVEEDOR** la lista de Beneficiarios a los que se les prestará los servicios establecidos en la cláusula primera del presente Convenio. La lista deberá de entregarse impresa y en archivo digital.

### **CUARTA: REQUISITOS PARA ATENCIÓN DE BENEFICIARIOS**

Para que los Beneficiarios del **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO**, puedan gozar de los Beneficios en servicios hospitalarios descritos en la cláusula primera del presente contrato, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Presentar cédula de identidad y carné de identificación emitido por el **COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS (CAH)** o el carné de su Seguro Médico.

**QUINTA: EL PROVEEDOR** es una empresa legalmente autorizada para operar en el ramo hospitalario, que tiene la capacidad física, tecnológica, el personal profesional capacitado, idóneo y experimentado para darles el servicio a los agremiados y jubilados del **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO** y su grupo familiar, actual y futuro dentro de este convenio.

### **SEXTA: CESIÓN**

Ninguna de las partes contratantes podrá ceder, en todo ni en parte, enajenar o transferir el presente Convenio a persona natural o jurídica alguna, sin previa autorización por escrito de la otra parte.

### **SEPTIMA: DE LAS CAUSAS DE FINALIZACION DE ESTE CONVENIO.**

El presente convenio se dará por terminado por voluntad expresa de cualquiera de las dos partes, mediante comunicación escrita, con treinta días calendario de anticipación. En caso de incumplimiento de los términos de este convenio, la parte afectada podrá dar por concluido el mismo, sin responsabilidad para ella ni para su contraparte, con solo dar aviso a esta última, de su Intención de no continuar con dicho servicio. En estos casos, la terminación del convenio se dará en forma inmediata, manteniéndose los servicios para aquellos beneficiarios que se encontraren recibiendo atención médica, hasta su finalización.

**OCTAVA: DE LAS MODIFICACIONES O ADICIONES DEL CONVENIO.** Las modificaciones que desearan realizar las partes a este convenio, se harán por escrito a través de un **ADDENDUM** de forma conjunta, haciendo referencia al convenio original y a la cláusula que se modifica.

**NOVENA: DEL PLAZO.** El presente convenio tendrá una duración de un (1) año pero podrá prorrogarse por periodos iguales de forma automática, si alguna de las partes no manifiesta su deseo de darlo por terminado; y, si alguna de las partes de forma unilateral decide dar por terminado el

Convenio sin justificación alguna, deberá notificar a la otra parte por escrito, con treinta (30) días calendario de anticipación.

#### **DÉCIMA: CONFIDENCIALIDAD**

- El Proveedor en virtud del servicio especializado que brindará al **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO**, observará la mayor confidencialidad en relación con la información general del **INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO**, que llegue por cualquier medio a ser de su conocimiento, y en general, de cualquier antecedente o elemento, material o conceptual de los beneficios del **COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS (CAH)**.
- El Proveedor se obliga a respetar las disposiciones contenidas en la presente Cláusula, aún después de que haya concluido la vigencia del presente Convenio, o se haya dado por terminado este Convenio anticipadamente, quedando subsistente su obligación de no revelar la información que haya llegado a conocer, aún hasta cuando haya finalizado la relación establecida entre ambas.

#### **DÉCIMOPROMERO. AVISOS**

Toda notificación que deba realizarse de conformidad al presente contrato, deberá entregarse personalmente, mediante correo certificado, correo electrónico a las siguientes direcciones:

#### **EL PROVEEDOR**

- Abg. Maritza Leticia Bustillo Argueta,

Jefe de Seguros y Previsión,

Correo: [seguros@lapoliclinica.net](mailto:seguros@lapoliclinica.net)

Comayagüela, M.D.C., Honduras, 3ra. Ave. Entre 7 y 8 Calle, Apartado postal No. 701.

Tel. 2237 – 3309

Tel. 2283 – 4111 Extensión 2107

Cel. 3261 – 5665

**INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL**

- Abg. Roberto Carlos Guzmán  
Cel. 9770-3246  
Tegucigalpa, Honduras  
[rocguzman@yahoo.com](mailto:rocguzman@yahoo.com).
- Lic. Karen Sanchez  
Cel. 9786-4793  
[ksanchez@institutedeprevisoncah.hn](mailto:ksanchez@institutedeprevisoncah.hn)

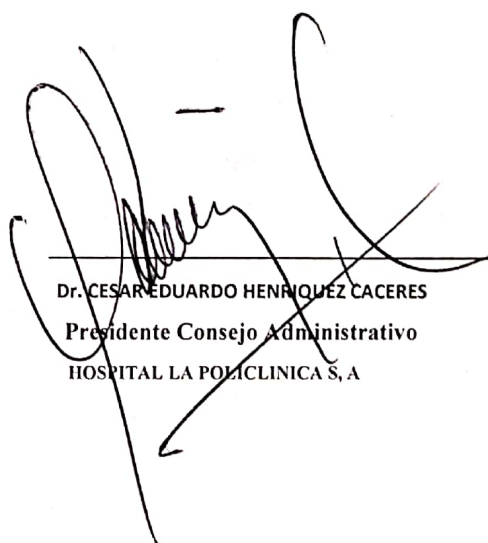
**DÉCIMOSEGUNDO: ACEPTACIÓN**

Ambas partes, en el carácter con que actúan, aceptan para sus respectivas representadas, todas y cada una de las declaraciones y estipulaciones hechas en el presente contrato.

En fe de lo anterior, firmamos en la ciudad de Comayagüela, el día 26 del mes de Abril del año 2019.



Abg. ANNY BELINDA OCHOA MEDRANO  
Presidenta.  
INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DEL PROFESIONAL DEL DERECHO)



Dr. CESAR EDUARDO HENRIQUEZ CACERES  
Presidente Consejo Administrativo  
HOSPITAL LA POLICLINICA S, A