

**COMPRAS MENORES REALIZADAS MEDIANTE COTIZACION  
HONDUCOMPRAS  
ENERO 2020**

N°	DESCRIPCION	PROVEEDOR	FECHA	FACTURA	MONTO
1	50 ROSAS DECORADAS EN BOLSITA Y CINTA DE ORGANZA	TERRA FLOWER	24/1/2020	000-001-01-00003256	1,955.00
2	POLIZA DE SEGUROS DE 3 VEHICULOS DE CONSUCCOOP	EQUIDAD SEGUROS COMPAÑIA	27/1/2020	PENDIENTE DE FACTURA	20,731.00
3	DISPENSADOR DE SERVILLETA	FORMULAS QUIMICAS	31/1/2020	000-001-01-00015016	1,955.00




Karen Arteaga  
Encargada de Compras  
**CONSUCCOOP**




Licda. Libeth Avila Casco  
Gerente Administrativo  
**CONSUCCOOP**

LICENCIADA  
**LOURDES LOPEZ**  
SU OFICINA

Estimada Licenciada López:

Por este medio comunico que el Consejo Nacional Supervisor de Cooperativas CONSUCOOP para el mes de Enero del año 2020, **NO** se realizaron compras de materiales de oficina mediante Catálogo Electrónico del portal de ONCAE, Honducompras.

Por lo tanto, se comunica que **SI** se realizaron compras menores mediante cotización (COMPRAS POR DIFUSION) de productos que no aparecen en dicho portal.

Sin más,  
Atentamente,

**Licda Karen Arteaga**  
Oficial de Bienes Nacionales  
Compras y Suministros  
**CONSUCOOP**





**ORDEN DE COMPRA**

27/01/20 Tegucigalpa MDC  
Lugar y Fecha

Equidad Compañía de Seguros S.A.

Este número debe aparecer en todas las facturas, paquetes y correspondencia.

Nº 00976

Estimado(s) Señor(es)

Favor suministrarlos los artículos detallados abajo y entregarlos a: \_\_\_\_\_

Para la cancelación, debe adjuntarse la presente Orden de Compra a su factura.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR
1	Poliza anual del seguro de 3 vehiculos de consucoop	
	Pickup Mazda 2010 Placa N10041 SPS	
	Pickup Mazda 2010 Placa N10039 teg	
	Pickup Mazda 2010 Placa N10040 teg	
	Prima comercial	17,940.00
	Imppto (sobre la prima)	2,691.00
	sub total	L. 20,631.00
	+ gastos de emision	100.00
	total	L. 20,731.00

E.N.A.G. Tel: 2230-1120, R.T.N. 08019999-08323

No es válida si no lleva la firma apropiada. La aceptación de esta orden es limitada a los términos aquí descritos y ninguna alteración será permitida.

PROVEEDOR

JEFE ADMINISTRATIVO

TIPO DE COMPRA: ORDINARIO  EXTRAORDINARIO  DE EMERGENCIA



- l. La pérdida, daño o responsabilidad que sufra, cause o en que incurra el automóvil asegurado el propietario y el conductor del mismo por infracciones a los reglamentos o leyes de tránsito, o cualquier autoridad.
- m. Las pérdidas o daños causados al transitar fuera de carreteras o caminos, o cuando estos sean de condiciones intransitables.
- n. Robos parciales que no se deriven del robo total del automóvil.
- o. Desgaste normal, corrosión, decoloración, agotamiento o cualquier efecto de uso o del tiempo.
- p. Participación en competencias o contiendas de resistencia o velocidad.
- q. Confiscación, incautación, expropiación o destrucción del vehículo por actos de cualquier autoridad.

**NOTA:** Las exclusiones aquí descritas son un resumen de las detalladas en la póliza. Es un deber del Asegurado leer todas las coberturas y exclusiones del seguro contratado, las cuales son detalladas tanto en la solicitud como en las Condiciones Generales de la misma.

## II. PROCESO DE SUSCRIPCIÓN

- a. Solicitud de seguro de vehículo debidamente completada firmada por parte del asegurado.
- b. Fotocopia de Tarjeta de identidad (persona natural) o RTN (persona jurídica) del asegurado. En caso de personas extranjeras, fotocopia de carné de residencia o pasaporte.
- c. Fotocopia de revisión del vehículo y licencia de conducir del asegurado.
- d. Informe de inspección, firmado y sellado por parte del personal de Equidad Compañía de Seguros designado para tal efecto.
- e. Oferta/cotización de seguro de vehículos firmada y sellada por el personal del área de negocios designado para tal efecto y autorizado por el área de daños de Equidad Compañía de Seguros.
- f. En caso de personería jurídica: copia de escritura social debidamente inscrita.
- g. Copia del traspaso del vendedor al comprador, con la respectiva autentica
- h. Copia de traspaso del comprador a la Cooperativa, con la respectiva autentica.
- i. Copia de otros documentos de propiedad del vehículo: Declaración única aduanera, certificado de título, declaración jurada del vehículo.
- j. En caso de vehículos nuevos o comprados en agencia, se aceptará para la emisión de una carta cubierta, la copia de la factura proforma, sin embargo, para la emisión de la póliza, el cliente deberá presentar la factura original pagada en base a ésta se determinará la indemnización en caso de pérdida total del vehículo (ya sea por robo o accidente).

## III. POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN

Para suscribir este seguro se requiere:

- a. Que los Vehículos tengan un máximo de 12 años de antigüedad.
- b. Que no tengan averías en el sistema de motor, dirección y frenos, a menos que se constate que se han reparado las averías.
- c. Carros que no tengan daños en carrocería (vidrios quebrados, golpes, etc.) a menos que el asegurado reporte la reparación de dichos daños a Equidad Compañía de Seguros.
- d. Vehículos que no sean rastras, camiones, equipo pesado, Lada, Hummer, Porsche, Opel, Cadillac, Infiniti, Maserati, Bentley, Aston Martin, Lotus, SAAB, Bugatti, Alpha Romeo.



**IV. ATENCIÓN DE SINIESTROS**

La documentación que se solicita para proceder con el análisis y liquidación de un reclamo, es la siguiente:

- a. Carta de Notificación del Siniestro, firmada por el Asegurado.
- b. Formulario de Aviso de Accidentes Original completamente lleno.
- c. Formulario de Aviso de Accidentes de Daños a Terceros Original completamente lleno.
- d. Parte de Tránsito
- e. Fotocopia de Licencia de Conducir.
- f. Fotocopia Tarjeta de Identidad.
- g. Fotocopia Revisión del Vehículo.
- h. Cotizaciones de Talleres (3).
- i. Cotizaciones de Repuestos (3).
- j. Informe de Inspección de Equidad Compañía de Seguros S. A.

**Notas:** Para la atención de reclamos, el Asegurado deberá haber pagado la prima en su totalidad aun cuando se le hubiese brindado pagos fraccionados.

En caso de haber presentado reclamación en otra Compañía, el Asegurado deberá presentar además de la copia de la liquidación, copia de la documentación presentada.

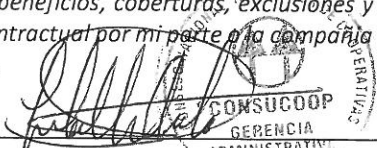
El no comunicar o no documentar oportunamente la ocurrencia del siniestro, permitirá disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente; si la omisión fuera dolosa, para impedir que se comprueben las causas del siniestro, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

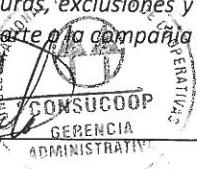
**V. CONDICIONES ESPECIALES:**

\*Cobertura de mayoría y minoría de edad Amparado.

<p><b>Cristopher Aron Salinas Aguilar</b> <b>Oficial de Negocios</b> Móvil: 9438-7177</p>	<p>Teléfonos 2239-1881 / 1867 / 1859 Correo: <a href="mailto:cristopher.salinas@segurosequidad.hn">cristopher.salinas@segurosequidad.hn</a></p>
---	---

Yo \_\_\_\_\_ con número de identidad \_\_\_\_\_ por este medio hago constar que se me han explicado los beneficios, coberturas, exclusiones y procedimientos relacionados a la presente oferta y no representa ningún compromiso contractual por mi parte a la compañía de seguros hasta no aceptar las condiciones de esta oferta y firmar la solicitud del seguro.

Firma de aceptación de oferta:  Fecha: 20-Enero-2020



**NOTA:** Esta oferta es válida por 15 días y no representa responsabilidad alguna para La Compañía, y a la vez los valores designados en la presente cotización están sujetos a la inspección del bien.



**ANEXO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA REQUERIDA POR CNBS EN  
MATERIA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE  
VEHÍCULO COLECTIVO**

**Nombre del Contratante:**  
CONSUCCOOP / Benita Libeth Avila

**I. DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL COMO CLIENTE PEP**

¿Es Usted Una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? SI  NO

En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para Personas Expuestas Políticamente (Nacionales y Extranjeros).

**Cargo público desempeñado en los últimos ocho (8) años e institución**

Institución	Cargo Público	Período

**II. DATOS GENERALES DEL PERSONAL AUTORIZADO PARA CONTRATAR (SI ES DISTINTO AL REPRESENTANTE LEGAL)**

Nota: En caso de que aplique, solicite formulario correspondiente para detallar dicha información.

**III. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASEGURADO / REPRESENTANTE LEGAL**

En caso de ser persona natural, llenar la siguiente información:

Especifique su fuente de Ingresos:

Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (Actividad Principal):	¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
De 0 - 3	Si, su respuesta es SI, detalle: Fuente de ingreso: _____  Valor mensual estimado: _____
De 4 - 6	
De 7 - 10	
De 11-20	
De 21-50	¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
De 50 en adelante	Tipo de Moneda: Dólar                      Euro                      Otra _____



**Tabla I**

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. de Documento	Origen de los Fondos	% de Participación	¿Es un PEP? SI / NO

**Tabla II**

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la Junta Directiva y/o Consejo de Administración (Control de la Sociedad)

Nombre Completo	Número de Identificación	Cargo que Desempeña	¿Es un PEP? SI / NO

¿Alguno de los socios detallados en las tablas I y II son figura pública nacional o extranjera? o bien ¿Tiene uno de los anteriores un familiar en el primer grado de consanguinidad o afinidad que sea una persona expuesta políticamente?

SI  NO

En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el Formulario de identificación y vinculación para Personas Expuestas Políticamente (Nacionales y Extranjeras).

¿Son todos los accionistas o asociados, antes descritos, los beneficiarios finales?

SI  NO

En caso de que su respuesta sea negativa, favor especifique en la tabla que se detalla a continuación los beneficiarios finales:

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. de Documento	Origen de los Fondos	¿Es un PEP? SI / NO



**ORDEN DE COMPRA**

30/enero/2020 Tegucigalpa H.D.C  
 Lugar y Fecha

Formulas Quimicas  
 s de RL

Este número debe aparecer en todas  
 las facturas, paquetes y  
 correspondencia. **Nº 00978**

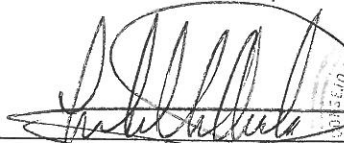
Estimado(s) Señor(es)  
 Favor suministramos los artículos detallados abajo y entregarlos a: \_\_\_\_\_  
 Para la cancelación, debe adjuntarse la presente Orden de Compra a su factura.

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR
4	Dispensadores de servilletas	A. 1,700.00
Sub total		A. 1,700.00
15% ISV		255.00
total		1,955.00

E.N.A.G. Tel.: 2230-1120, R.T.N. 06078999408325

No es válida si no lleva la firma apropiada. La aceptación de esta orden es limitada a los términos aquí descritos y ninguna alteración será permitida.

\_\_\_\_\_  
 PROVEEDOR

  
 JEFE ADMINISTRATIVO

TIPO DE COMPRA:    ORDINARIO     EXTRAORDINARIO     DE EMERGENCIA



# FÓRMULAS QUÍMICAS, S. DE R.L.

Barrio Los Dolores, Avenida Lempira, casa 411, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.  
TELÉFONO: (+504) 2237-0937 / (+504) 2222-3017. E-mail: formulas\_quimicas@yahoo.com

FACTURA Nº 000-001-01-00 015016

CAI: 55E9EF-A7C493-114393-43A285-688C3A-78

R.T.N. 08019995304450

DIA	MES	AÑO
31	1	2020

Señores: **CONSEJO NACIONAL SUPERVISOR DE COOPERATIVAS.**

R.T.N. : **0501-9995-112994.** Telefonos: \_\_\_\_\_

Dirección: **Col. Puerta del Sol, Boulevard san Juan Bosco, Edificio AZTECA.**

Orden de Compra: 978			Pedido Nº	Ordenado por: Lic. Karen Arteaga	Vendedor: Oficina	Precio U.	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADAS	TOTAL
N.	Cant.	U.M	Descripción					
1	4	Unidad	Dispensador de servilleta <b>XPRESSNAP.</b>			L. 425.00	0.00	L. 1,700.00
2			Ultima Linea					
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
<b>TOTAL</b>							0.00	1,700.00

### DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

No. Correlativo de Orden de Compra Exenta:	
No. Correlativo de Constancia de Registro Exonerado:	
No. Correlativo de Registro de la SAC:	

IMPORTE EXONERADO L.	0.00
IMPORTE EXENTO L.	0.00
IMPORTE GRAVADO 15% L.	1,700.00
IMPORTE GRAVADO 18% L.	0.00
I.S.V. 15% L.	255.00
I.S.V. 18% L.	0.00
<b>TOTAL A PAGAR L.</b>	<b>1,955.00</b>

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA

Firma por Fórmulas Químicas

Valor en letras: **Mil novecientos cincuenta y cinco lempiras exactos.**

Condiciones de pago:	Credito 30 días	Mercadería recibida por:	Firma y sello
----------------------	-----------------	--------------------------	---------------

Blanca: Cliente Rosada: Cliente Azul: Contabilidad Verde: Bodega

RECLAMACIONES POR FACTURACIÓN O DE OTRA ÍNDOLE DEBEN HACERSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DE FACTURA.

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS ¡EXIJALA!

Rango Autorizado: 000-001-01-00013001 a la 000-001-01-00015500

Fecha límite de emisión: 22/04/2020



No. De Oferta:

Referido Por. Cristopher Salinas Aguilar

Fecha: 22-01-2020

**OFERTA DE SEGURO**

**VEHÍCULOS COLECTIVOS**

**TASA GLOBAL: 2.30%**

**PRESENTADA A:**

**CONSUCOOP**

<b># VEHÍCULOS:</b>	3 Mazda Bt-50, año 2010
<b>Tipo:</b>	Turismo, Camioneta, Pick-Up
<b>Suma Asegurada Total:</b>	L.780,000.00

RIESGOS	COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE
A y B	Vuelcos, Accidentes	Valor del Vehículo	1.25% S/Suma Asegurada
B1	Incendio, Auto-ignición y Rayo	Amparado	1.25% S/Suma Asegurada
B2	Robo Total y/o Parcial	Amparado	20% S/Suma Asegurada
B3	Huelgas y Alborotos Populares	Amparado	1.25% S/Suma Asegurada
C	Daños a Terceros en sus Bienes	600,000.00	L. 500.00
D	Daños a Terceros en sus Personas	600,000.00	
	Máximo por una persona L.300,000.00		
E	Rotura de Cristales	Amparado	15% Sobre valor del cristal
F	Equipo Especial	Amparado	15% Sobre valor del equipo
G	Desbordamiento de Ríos, Derrumbe de Carreteras y Otros Fenómenos Naturales	Amparado	1.25% S/Suma Asegurada
H	Extensión Territorial	Honduras y C. A.	
I	Gastos Médicos		
	Máximo por una persona L.100,000.00		
J	Seguro para Ocupantes por Persona		
	Muerte Accidental	L. 150,000.00	
	Incapacidad Total y Permanente	L. 150,000.00	
	Reembolso por Gastos Méd. Por Accidente	L. 15,000.00	
K	Asistencia Vial	Amparado	

**NOTAS:**

- Si el vehículo posee dispositivo GPS o Lojack, el valor a indemnizar por Robo Total será el 100% del valor asegurado para el vehículo.
- No se aplicará deducible para los riesgos A y C cuando el Asegurado no sea declarado culpable, al ocurrir un siniestro.
- En caso de Pérdida Total por causa accidental, se aplicará el coaseguro del 20% sobre la suma asegurada.
- El deducible para Bolsas de Aire será de 25%.

Oficina Principal Tegucigalpa:  
PBX: (504)2239-1881  
FAX: (504)2239-1867

Oficina Regional San Pedro Sula:  
Teléfono: (504)2552-6139  
FAX: (504)2558-0106

Agencia La Ceiba:  
Teléfono: (504)2443-2520  
FAX: (504)2440-1755

Agencia Choluteca:  
Teléfono: (504)2780-3674  
FAX: (504)2780-3743

Punto de Servicio Ocotepeque:  
Teléfono: (504)9478-6576

Punto de Servicio Puerto Cortés:  
Teléfono: (504)9454-2577

Punto de Servicio Siguatepeque:  
Teléfonos: (504)9465-8517