

TERMINOS DE REFERENCIA

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA PARA LOS COLABORADORES DE SEDALIB S.A. Y FAMILIARES DIRECTOS (Cónyuge y/o conviviente, hijos y padres) PERIODO 2024-2026

1. AREA USUARIA

Sub Gerencia de Recursos Humanos - Bienestar Social y Salud en el Trabajo

2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN

Seguro de Asistencia Médica para los colaboradores de SEDALIB S.A. y familiares directos (cónyuge y/o conviviente hijos y padres) por el periodo 2024 – 2026.

3. FINALIDAD PÚBLICA

Promover acciones que contribuyan en el desarrollo y bienestar de los trabajadores de la Empresa SEDALIB S.A, con la finalidad de brindarles asistencia médica privada y personalizada, minimizando los riesgos eventuales que pudieran comprometer su integridad física, propiciando mejores condiciones de trabajo para el desarrollo de sus actividades laborales contribuyendo a optimizar la calidad de los servicios que nuestra entidad brinda a los usuarios.

4. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN

4.1. Objetivo General

Dar cumplimiento con lo estipulado en el Acta de Convención Colectiva vigentes en la actualidad; suscritas entre SEDALIB S.A. y los gremios sindicales; respecto al Seguro Médico Familiar.

4.2. Objetivo Específico

- Proporcionar una amplia red de clínicas a nivel nacional para la atención médica de los colaboradores de SEDALIB S.A. y familiares directos (cónyuge y/o conviviente hijos y padres)
- Garantizar la adecuada y oportuna atención médica de los colaboradores de SEDALIB S.A. y familiares directos (cónyuge y/o conviviente hijos y padres)
- Proveer de una cobertura médica que resguarde los diversos contingentes de salud que puedan suscitarse en los colaboradores de SEDALIB S.A. y familiares directos (cónyuge y/o conviviente hijos y padres)

5. ENTREGABLES A CARGO DE LA ASEGURADORA

La compañía de seguros entregará las pólizas respectivas en las cuales deberán indicarse las coberturas que regirán para la presente contratación, las mismas que deberán contener lo señalado en la Tabla de Beneficio, de ser el caso, las mejoras técnicas presentadas por la Aseguradora que obtenga la buena pro, si hubiera sido presentadas como parte de su oferta.

Al día siguiente hábil del consentimiento de la buena pro; el postor adjudicado, deberá requerir por escrito a SEDALIB S.A.- Sub Gerencia de Recursos Humanos, toda la información que necesite para la emisión de los documentos; tales como Pólizas, Endosos, Certificaciones, Constancias; y en el plazo no mayor a dos (02) días hábiles; contabilizados a partir del día siguiente de recibida la solicitud, SEDALIB S.A., a través de la Sub Gerencia de Recursos Humanos; deberá hacer entrega de la documentación requerida.

La emisión de los documentos (Pólizas, Endosos, Certificaciones, Constancias, será en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles, contados a partir del día siguiente que la entidad haya enviado la información requerida completa en formato Word o Excel al contratista, previa a la suscripción del contrato.

6. REQUISITOS DEL POSTOR

- La empresa debe tener presencia en el mercado no menor a 05 años.
- Contar con autorización de funcionamiento emitida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.
- Contar con equipo idóneo, cuyo personal deberá ser presentado indicando su especialidad y/o funciones a realizar con su respectivo N° de DNI; dicha nómina se presentará en la presentación de la oferta.

6.1. PERFIL DEL PERSONAL

- El contratista deberá contar con el siguiente personal:

Un (01) Ejecutivo

- Responsable de la integridad de requerimientos realizados por La Entidad; es decir será el encargado de la atención y mantenimiento de cuentas, atención de solicitudes de cobertura, atención de cotizaciones realizadas por clientes,





coordinación con nuestro corredores de seguros, atención de pagos de reembolsos en el plazo establecido en su oferta, y otras que correspondan a esta contratación. Presentar declaración jurada en su oferta.

7. SISTEMA DE CONTRATACIÓN
Precios unitarios

8. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO

El plazo de ejecución del presente contrato es de 730 días calendarios, el mismo que se contabilizará desde las 00:00 horas del día de inicio de vigencia hasta las 00:00 horas del último día que vence la póliza de asistencia médica familiar.

9. FORMA DE PAGO

Prevía presentación de la nómina de beneficiarios que corresponda y a la presentación 02 facturas cada mes, la primera factura deberá ser emitida por el 70% de la facturación total y la segunda, por el 30% restante de la prima total mensual a pagar y con la correspondiente conformidad del área usuaria - **Sub Gerencia de Recursos Humanos y de la Asistente de Bienestar Social de SEDALIB S.A.**
Para caso de facturación electrónica: Se precisa que la Entidad recibirá los documentos tributarios emitidos electrónicamente por el Contratista. Para el envío respectivo, el contratista deberá siempre enviar los comprobantes a través de correo electrónico y asegurarse de la correcta recepción del documento por parte de la Entidad y el corredor de seguros. Los correos, que corresponde al área usuaria, a los cuales deben enviarse las facturas electrónicas es: sgarcia@sedalib.com.pe y vbenavides@sedalib.com.pe (área usuaria) y rleyva@sedalib.com.pe (contabilidad), en archivo PDF y XML.

10. CONFORMIDAD DEL SERVICIO

La conformidad del servicio será otorgada por la Sub Gerencia de Recursos Humanos y de la Asistente de Bienestar Social y Salud en el Trabajo.

11. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista será responsable por la calidad ofrecida y los vicios ocultos del servicio ofertado, conforme a lo indicado en el Artículo 40° de la Ley de Contrataciones de la Ley de Contrataciones del Estado, por un plazo de un (01) año, a partir de la conformidad otorgada por parte de SEDALIB S.A.

12. CONFIDENCIALIDAD

El contratista deberá mantener estricta confidencialidad y reserva absoluta sobre la información que tendrá acceso durante la ejecución del contrato, no podrá disponer de la misma para fines distinto al contrato.

13. CONSIDERACIONES GENERALES

13.1. La cobertura es contra toda ocurrencia que requiera tratamiento y/o asistencia médica ambulatoria y/o hospitalaria.

13.2. El costo que asume la Entidad es por el Titular y sus dependientes directos (cónyuge o conviviente, hijos y padres), según el siguiente detalle:

- **Titular:** sin límite de edad.
- **Familiares directos:**
 - a) **Cónyuge y/o conviviente:** sin límite de edad
 - b) **Hijos solteros** hasta los **18** años; y hasta los **25** años; si acreditan cursar estudios superiores y siempre cuando dependan económicamente del titular.
 - c) **Padres:** hasta los 70 años; pudiendo permanecer hasta los 75 años

14. TABLA DE BENEFICIOS

Las condiciones, sumas aseguradas, alcances y coberturas del presente servicio están detalladas en las especificaciones técnicas correspondientes (tabla de Beneficios)

La póliza cubrirá los gastos generados por enfermedad o accidente que incurran los inscritos en ella, de acuerdo a los términos y condiciones de la siguiente tabla de Beneficios:



TABLA DE BENEFICIOS

ASISTENCIA MÉDICA FAMILIAR
(TITULARES, FAMILIARES DIRECTOS: CÓNYUGE Y/O CONVIVIENTE, HIJOS Y PADRES)

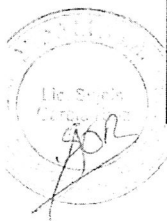
Atenciones	Atención ambulatoria		Atención Hospitalaria	
	Deducible	Cubierto al	Deducible	Cubierto al
Red 1	S/. 20	85%	Sin deducible	90%
Red 2	S/. 30	85%	1 día de cuarto	85%
Reembolsos	Todos los gastos al 80%, incluye consultas (honorarios profesionales medicinas y exámenes auxiliares). Máximo 10 reembolsos por persona y por el período anual.			
ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EXCESO A S/50,000				al 100%
BENEFICIO ANUAL POR PERSONA				S/ 90,000.00

BENEFICIOS ADICIONALES	Deducible	Cubierto al
Emergencia accidental: 100% de los gastos primeras 48 horas de ocurrido el accidente (no cubre Hospitalizaciones) – Demás atenciones como hospitalización y/o ambulatorio según sea el caso, hasta S/ 50,000	Sin Deducible	100%,
Transporte por evacuación: Ambulancia y/o avión comercial nacional. Bajo prescripción médica, y autorización de la compañía de seguros.	Sin Deducible	100%
MATERNIDAD cubierta al 90 % con hospitalización	Deducible	Cubierto al
Parto normal, hasta S/ 9,000.00	Sin Deducible	90%
Aborto no provocado y/o amenaza, hasta S/ 6,000.00	Sin Deducible	90%
Parto múltiple, cesárea, ectopia o cualquier otra complicación del embarazo, hasta S/ 12,000.00	Sin Deducible	90%
Control Prenatal	Sin Deducible	100%
Psicoprofilaxis	Sin Deducible	100%
SEPELIO: Beneficio máximo hasta S/ 15,000.00	Deducible	Cubierto al
Cremación, hasta S/ 2,000.00	Sin Deducible	100%
Indemnización por muerte accidental del titular, hasta S/ 65,000.00	Sin Deducible	100%
COBERTURA CATASTROFICA	Deducible	Cubierto al
Exclusivo para casos de Enfermedades cardíológicas, Quemaduras de tercer grado, enfermedades cerebrales, hasta S/50,000.00	Sin deducible	100%
COBERTURA ONCOLOGICA	Deducible	Cubierto al
Cobertura al 100% exámenes y procedimientos, hasta S/90,000.00	Sin deducible	100%
Reconstrucción Mamaria a consecuencia de cáncer cubierto, hasta S/50,000.00	Sin deducible	80%
En caso de internamiento (cubre de acuerdo a los gastos hospitalarios)	Como Atención hospitalaria	Como Atención hospitalaria
COBERTURA ODONTOLÓGICA: Beneficio máximo anual hasta S/16,000.00 El beneficio odontológico cubre los siguientes procedimientos odontológicos: 1) Examen dentario inicial	Deducible	Cubierto al





2) Profilaxis general (incluye destartraje, instrucción de higiene oral y pulido). Solo una vez durante la vigencia de la póliza		
3) Restauraciones que incluye colocación de Ionómeros y Resinas (se cubre resinas en piezas dentales posteriores y anteriores)		
4) Endodoncias		
5) Exodoncias simples		
6) Exodoncias complejas		
7) Apicectomías		
8) Pulpotomías		
9) Pulpotomías		
10) Fluorización y colocación de sellantes (incluye profilaxis), en niños menores de 12 años		
11) Radiografías (Bite wing, periapical y panorámica)		
12) Curetaje subgingival		
13) Gingivectomía		
14) Gingivoplastia		
Por pieza tratada y terminada	S/. 20.00	85%
Cubre Curaciones, Extracciones, pulpotomía, periodoncia, rehabilitación, rayos x, prevención, implantes hasta 02 dientes, (Profilaxis).	Hasta S/ 10,000.00	
Reembolso Odontológico	S/. 25.00	70%
COBERTURA OFTALMOLOGICA: Beneficio máximo anual hasta S/. 25,000.00	Deducible	Cubierto al
Medición de vista: Dos consultas anuales, atención exclusiva en red de clínicas afiliadas. No cubre lentes.	Sin deducible	100%
- Cirugía ambulatoria y tratamiento hasta la rehabilitación.,	S/. 20.00	80%
- Consulta Ambulatorio.	S/. 20.00	80%
Reembolso con el oftalmólogo que elija el asegurado.	Sin deducible	70%
ENFERMEDADES CONGENITAS PARA RECIEN NACIDO Hasta S/. 90,000.00	Deducible	Cubierto al
Ambulatorio u Hospitalario según sea el caso. Hasta el Beneficio Máximo Anual (Ambulatorio u hospitalario)	Como Ambulatorio / Hospitalario	Como Ambulatorio / Hospitalario
CONTROL DEL NIÑO SANO		
Una consulta mensual, solo por el primer año, en clínicas afiliadas.	Sin deducible	100%
NUTRICIÓN Hasta S/10,000.00	Deducible	Cubierto al
Consulta nutricional de control y seguimiento	S/. 20.00	100%
Consulta nutricional inicial	S/. 25.00	100%
PROTESIS QUIRURGICA INTERNAS hasta, S/. 30,000.00	Sin deducible	90%
ENFERMEDADES EPIDEMICAS y/o PANDEMIAS Hasta S/. 90,000.00	Deducible	Cubierto al
- De acuerdo a la cobertura hospitalaria y/o ambulatoria, hasta el beneficio máximo anual	Como Ambulatorio / Hospitalario	Como Ambulatorio / Hospitalario
CRÉDITOS EN FARMACIAS	Deducible	Cubierto al
Atención de recetas de medicamentos no adquiridas en farmacias de las clínicas por crédito en Farmacias afiliadas.	Sin deducible	90%
PROGRAMA DE PREVENCIÓN ANUAL (titulares y dependientes)	Deducible	Cubierto al
Examen de Laboratorio: Colesterol, ácido úrico, glucosa, electrocardiograma.	Sin deducible	90%
Fluorización para niños y adolescentes dental en centros afiliados.	Sin deducible	



Solo sistema de crédito y en proveedores ofrecidos por la aseguradora en la ciudad de Trujillo.	Sin deducible	
TRASLADO DE RESTOS: Reembolso hasta S/1,500	Sin deducible	100%
PROGRAMA DE PACIENTE CRONICO - PEC	Deducible	Cubierto al
Para asegurados con enfermedades de hipertensión Arterial, Dislipidemia, Asma, Diabetes, Hipercolesterolemia, osteoporosis, artritis, artrosis, gota, hipertiroidismo e hipotiroidismo, este servicio debe brindarse a través de un Médico de cabecera único durante todo el periodo de vigencia de la Póliza, profesional con experiencia no menor a 05 años.	Sin deducible	100%
MÉDICO A DOMICILIO (MEDICINA GENERAL)	Deducible	Cubierto al
En Lima	S/50.00	100%
En Provincia	S/20.00	100%
MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	Deducible	Cubierto al
Consulta médica y terapia física	Como Ambulatorio	Como Ambulatorio
Reembolso	Como Ambulatorio	Como Ambulatorio
El beneficio de reembolso está sujeto a las mismas políticas y exclusiones que las atenciones por crédito.		

14.1. DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA:

14.1.1. TRABAJADORES (TITULARES) CON DERECHO A INSCRIBIRSE

- Todos los colaboradores al servicio de SEDALIB S.A., sin límite de edad.
- El término trabajador que se emplea en el presente se refiere a cualquier empleado y obrero que en forma regular, activa, permanente y a tiempo completo presta servicios a la Empresa bajo el régimen laboral regulado por el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral y su Reglamento aprobado por el D.S. 003-97-TR"

14.1.2. DEPENDIENTES CON DERECHO A INSCRIPCIÓN

Todo titular tiene derecho a inscribir, bajo las condiciones del servicio, a los siguientes dependientes calificados:

- Cónyuge y/o conviviente**, sin límite de edad.
- Hijos solteros**, desde el alumbramiento hasta cumplir los 18 años de edad y hasta cumplir los 25 años, si acreditan cursar estudios superiores y siempre cuando dependan económicamente del titular. A efectos de acreditar este derecho, el trabajador deberá presentar obligatoriamente la constancia o certificación de estudios, los mismos que serán renovados anualmente a partir del inicio del contrato. Si el trabajador no cumple con este requisito, su hijo (a) no será admitido como afiliado al Seguro de AMF y se procederá a su retiro hasta la regularización correspondiente. Al respecto, se deja constancia que el reingreso de los hijos que acrediten ser estudiantes no estará sujeto a periodo de carencia y se cubrirán las pre existencias, siempre y cuando el reingreso se produzca dentro de los 6 meses posteriores a su retiro.
- Padres:** hasta los 70 años; pudiendo permanecer hasta los 75 años
- Inclusión adicional de asegurados.





e. Universo de asegurados:

GRUPOS DE ASEGURADOS	N° ASEGURADOS
A. Titular solo:	22
B. Titulares + 1 dependientes:	75
C. Titulares + 2 dependientes:	27
D. Titulares + 3 a + dependientes:	47
E. Padre	1
F. Madre	3
Total de Asegurados	175

(*) Fuente: SGRH – Trama periodo Julio – Agosto 2024

Nota Importante

Este universo de **175** asegurados; puede variar de un periodo a otro (mes a mes), pero para efectos del proceso de selección se ha considerado el mes de Julio como referencia para el presente documento.

14.1.3. COBERTURA DEL SERVICIO

El Servicio de Seguros de Asistencia Médica Familiar incluirá atención médica ambulatoria, hospitalaria, emergencia accidental y en general las coberturas mínimas que se detallan en la tabla de beneficios, cualquier inclusión de beneficios y coberturas adicionales, serán consideradas como mejoras.

14.1.4. CONDICIONES DEL PLAN

- Continuidad de atención y beneficios para los asegurados en el plan de salud vigente, con especial atención a los considerados pacientes crónicos.
- Maternidad, gozan de este beneficio la cónyuge o conviviente del titular asegurado como dependiente, del mismo modo los asegurados titulares femeninas afiliadas al seguro. Se brinda continuidad para las aseguradas que provienen del programa anterior a la presente póliza.
 - o El postor que se adjudique la Buena Pro de este programa deberá poner a disposición de SEDALIB S.A. en forma permanente, a un área especializada de siniestros que facilite las cartas de garantía para atención hospitalaria y exámenes complejos en un plazo de 24 horas y en caso de accidentes en forma inmediata.
- Pago de reembolsos debe realizarse en un periodo de 10 días hábiles, una vez obtenida la conformidad de documentos, salvo que su oferta estipule un plazo menor el mismo que prevalecerá.
- Los postores deberán anexar los procedimientos de atención en el sistema de crédito y reembolso (ambulatorio y Hospitalario). Se refiere a los pasos a seguir por el asegurado para ser atendido por el sistema de crédito y reembolso (ambulatorio y hospitalario)
- El deducible por expediente es según tabla de beneficios para las atenciones ambulatorias vía crédito y vía reembolso.
- Para la atención en clínicas bastará con la presentación del DNI de asegurado.
- No habrá periodo de carencia, ni periodo de espera.

14.1.5. ASISTENCIA Y SERVICIOS

El contratista debe brindar asesoría y atención medica permanente durante las 24 horas del día y los 365 días del año, señalando la dirección y teléfonos correspondientes para coordinaciones y orientación a los trabajadores y su familia. Igualmente debe atender a los titulares y beneficiarios en cualquier horario que lo requiera indicando los centros de salud y los médicos de turno para que el trabajador pueda cubrir su necesidad de asistencia médica.



14.1.6. USO DE LA POLIZA:

ELECCIÓN DE CLÍNICAS, LABORATORIOS CLÍNICOS, SERVICIOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS Y FARMACÉUTICOS.

- I. El paciente podrá elegir para su atención médica ambulatoria y/o internamiento cualquiera de las clínicas y/o servicios médicos, odontológicos, farmacéuticos, con los cuales el Postor tenga contratos vigentes para la prestación de los servicios. Dicha atención será otorgada en forma inmediata y a sola presentación del DNI.
- II. Los beneficios a que se tiene derecho por el presente concurso, entre otros comprenden los servicios que brindan las clínicas, servicios médicos, emergencias, servicios odontológicos, bajo las condiciones establecidas en el presente anexo.
- III. Las clínicas u hospitales proporcionarán servicio de hospitalización, hasta el límite de cada beneficio. Se incluye dentro de este servicio:
 - a. Gastos de internamiento hasta la alta médica.
 - b. Intervención quirúrgica.
 - c. Atención médica.
 - d. Medicamentos.
 - e. Análisis y exámenes auxiliares.
 - f. Transfusiones (valor de la sangre y plasma no incluidos)
 - g. Equipos.
 - h. Rayos X.
 - i. Exámenes especiales. (Tomografías, ecografías y endoscopias, entre otras, prescritas por el médico tratante.)
- IV. En el servicio de hospitalización se incluye habitación bipersonal o doble.
- V. Las clínicas, servicios médicos / odontológicos y farmacéuticos contratados proporcionarán tratamiento ambulatorio hasta los límites de cada beneficio. Se incluye dentro de este servicio:
 - a. Honorarios médicos.
 - b. Medicamentos.
 - c. Análisis.
 - d. Rayos X.
 - e. Exámenes especiales.
 - f. Prótesis y/o rehabilitaciones hasta los límites establecidos.
- VI. La atención médica en la clínica y/o servicio médico contratado podrá ser proporcionada bajo el sistema de crédito o de reembolso. Para tener derecho a la atención médica se deberá presentar el DNI del titular o dependiente, según sea el caso, y el formulario de solicitud de beneficios y/o Carta de Garantía.
- VII. Las Clínicas y/o instituciones odontológicas deberán proporcionar atención odontológica por consultas, exámenes y tratamientos, cubriendo lo siguiente:
 - a. Honorarios médicos del odontólogo tratante de acuerdo a tarifas establecidas.
 - b. Materiales usados en tratamientos amparados por el sistema odontológico
 - c. Profilaxis.
 - d. Endodoncia: extirpación total del nervio, permaneciendo la pieza en su lugar.
 - e. Operatoria: Tratamiento de caries dental.
 - f. Exodoncia: extracción de piezas dentales y focos infecciosos.
 - g. Pulpotomía: extirpación parcial del nervio, tratamiento especial para niños.
 - h. Periodoncia: tratamiento del periodonto, encías y tejidos periodontales.
 - i. Rehabilitación: reemplazo de dientes perdidos por aparatos fijos o móviles.
 - j. Rayos X: examen auxiliar de diagnóstico
 - k. Prevención: control de caries, flúor, placa bacteriana.
 - l. Implantes hasta 02 dientes.



- VIII. Los casos de emergencia (nocturnas, sábados, domingos y feriados) serán atendidos a la sola presentación del DNI.
- IX. Los casos de enfermedades de cáncer y otras de naturaleza catastrófica serán atendidos hasta la cobertura máxima de la póliza siempre que estos hayan sido detectados u ocurridos después de haber obtenido el servicio de la póliza de seguros.
- X. Contar con dos laboratorios debidamente certificados con ISO 9001.
- XI. Como valor Agregado la compañía ganadora otorgará sin costo los exámenes de PSA a los asegurados incluidos en póliza. A partir de los 50 años.
- XII. Alternativa N° 1: Los pacientes con enfermedades crónicas (PEC), recibirán en sus domicilios (1) vez al mes, la visita de un médico de la especialidad, dicha visita se realizará previa coordinación entre el área de Recursos Humanos de SEDALIB, paciente y la clínica proveedora del servicio, aplicándose para estos casos lo señalado en la tabla de beneficios del "Programa de Paciente Crónico"
- Alternativa N° 2: Los pacientes con enfermedades crónicas (PEC), recibirán sus respectivas atenciones en sus domicilios y/o en las clínicas designadas para tal fin, aplicándose para estos casos lo señalado en la tabla de beneficios del "Programa de Paciente Crónico"
- XIII. Los pacientes asegurados bajo la póliza recibirán los medicamentos prescritos por el médico tratante (siempre que estos se encuentren debidamente cubiertos por la póliza de seguros, formen parte del tratamiento médico y tengan relación directa con la causa de la enfermedad y el alivio de los síntomas) sin ninguna restricción o no atención por el personal de las farmacias en las clínicas.
- XIV. Las clínicas, servicios médicos, odontológicos y farmacéuticos, etc., contratados por la aseguradora brindará un servicio, acorde con los estándares actuales de alta calidad y competencia (previamente establecidos por la empresa aseguradora en su plan de salud); en el caso que algún asegurado reciba un inadecuado servicio comunicará a la Subgerencia de Recursos Humanos, específicamente a Bienestar Social, para que esta a su vez, comunique por escrito a la Aseguradora con el debido sustento, para que se tomen las medidas correctivas.

14.1.7. SISTEMA DE REEMBOLSOS:

- ✓ Los inscritos que deseen utilizar el sistema de reembolso podrán hacerlo hasta diez veces durante el periodo de duración de la póliza o el contrato por cada asegurado. Cualquier tratamiento médico en otras clínicas, centros hospitalarios o médicos particulares no afiliados a los contratados, será pagado por el usuario y las facturas debidamente canceladas deberán ser presentadas a la Aseguradora, para su tramitación respectiva ante SEDALIB S.A. a través de Bienestar Social y la Subgerencia de Recursos Humanos para el pago respectivo.
- ✓ Al efecto deberán acompañar los siguientes documentos:
- a. Solicitud de Beneficios debidamente llenada y firmada por el médico tratante y asegurado.
 - b. Recibo de Honorarios Médicos.
 - c. Recetario Médico.
 - d. Factura y copia SUNAT de la farmacia por compra de medicamentos recetados.
 - e. Orden y resultados de análisis y otros exámenes, en caso de que éstos hubieran sido prescritos.
 - f. Factura y copia SUNAT de análisis y de otros exámenes, en caso hubiesen sido ordenados.



- ✓ En los casos de hospitalización, se debe presentar, además de los documentos antes citados, los siguientes:
 - g. Informe médico completo.
 - h. Factura y copia SUNAT de gastos con todos sus anexos y comprobantes.
- ✓ En todos los casos, sólo se reconocerán los montos señalados en las tarifas que por cada servicio o tratamiento se establezcan.
- ✓ La presentación del formulario de solicitud de beneficios debe hacerse dentro de los 90 (noventa) días después de la fecha de terminación del tratamiento o enfermedad, causa del reclamo. El hecho de no presentar el formulario dentro del plazo estipulado, no invalidará o reducirá el derecho a indemnización si se demuestra razonablemente la justificación del hecho.
- ✓ Si el tratamiento médico o atención a los asegurados en alguna de las clínicas, servicios médicos odontológicos, farmacéuticos, etc. fuera deficiente a criterio del usuario, el titular del grupo familiar deberá hacer conocer por escrito a SEDALIB S.A. Sub Gerencia de Recursos Humanos, a través de Bienestar Social, a fin de que se tomen las medidas del caso, según corresponda.

14.1.8. COBERTURA:

GASTOS CUBIERTOS

El término "Gastos Cubiertos" que se emplea en este programa, se refiere a todos los gastos ocasionados por atención médica debido a enfermedad o accidente, que no están indicados en las exclusiones. Los gastos cubiertos son:

- a. Cuarto, alimentación (incluyendo dietas especiales) y cuidados normales en un Hospital o Clínica autorizada.
- b. Medicinas, enfermería, tomografías, ecografías, radiografías, electrocardiogramas, encefalografías, análisis de laboratorio, oxígeno, anestesia, isótopos, radiofisioterapia, enyesado, entablillado.
- c. Honorarios del médico por cirugía, tratamiento, ayudantía y anestesista, sala de operaciones, unidad de cuidados intensivos.
- d. El programa se extiende a cubrir las enfermedades emocionales, stress, desórdenes mentales, tratamiento psicológico, migraña, suménage, que no sean de origen congénito.
- e. El programa extiende su cobertura al riesgo de terrorismo.
- f. El programa se extiende a cubrir enfermedades crónicas o incapacidades permanentes, excepto las de origen congénito.
- g. Los gastos odontológicos según los referidos en los términos de referencia.
- h. Todos los demás gastos en que se incurra y que no han sido señalados como expresamente excluidos.

14.1.9. ÁMBITO DE LA COBERTURA

La cobertura de la póliza abarca a todo el territorio peruano.

14.1.10. BENEFICIOS

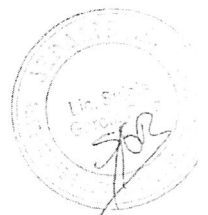
- a) Beneficio Máximo:

El servicio de Asistencia Médico Familiar otorga un Beneficio Máximo Anual por Persona, cuyo importe se encuentra detallado en la tabla de beneficios y coberturas, para los gastos hospitalarios y ambulatorios.

- b) Beneficio de Maternidad

Comprende únicamente a la titular sola o al cónyuge o conviviente del titular bajo los montos de cobertura indicados en SLIP Técnico. Esta cobertura abarca:

- Todos los gastos hospitalarios por alumbramiento y atención de la madre y del hijo recién nacido, siempre y cuando el trabajador haya cumplido con la inscripción del cónyuge





- La operación cesárea, la misma que será considerada como intervención quirúrgica y/o sus complicaciones quirúrgicas.
- El aborto no provocado y amenaza de aborto. Se considera aborto, la pérdida producida antes del séptimo mes de embarazo; a partir del séptimo mes, se le considerará como parto prematuro, con derecho a la cobertura de maternidad.
- El parto múltiple.
- Las complicaciones que se presenten durante el proceso de embarazo. En estos casos, la cobertura será a cuenta de los beneficios hospitalarios o ambulatorio, según sea el caso.

c) Beneficio de Emergencia Accidental

Este beneficio cubre los gastos al 100 % a consecuencia de accidente, siempre y cuando el paciente no requiera hospitalización y que el tratamiento médico se inicie durante las primeras 24 horas de ocurrido éste.

d) Beneficio de Transporte por Evacuación

Este beneficio cubre la movilidad, en ambulancia y/o avión comercial nacional, para la clínica u hospital, al 100 % siempre que el médico tratante certifique que tal desplazamiento es necesario. Queda entendido que, si el asegurado tuviera que ser hospitalizado, los gastos derivados del accidente serán cubiertos por el beneficio hospitalario

e) Beneficio Odontológico

Comprende todos los gastos, hasta el monto señalado en el Slip Técnico.

f) Beneficio de Sepelio

Cubre el gasto hasta el tope establecido en el **Slip Técnico**, pudiendo optar por cualquiera de las dos alternativas:

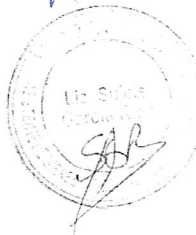
- Vía Reembolso: Hasta el límite fijado, presentando la documentación sustentadora.
- Servicio Directo: A través de las funerarias afiliadas, a sola presentación del carné del asegurado fallecido, comprende sepelio de primera categoría (ataúd, capilla ardiente, nicho perpetuo, carroza, aviso periodístico, vehículo para transporte de arreglos florales).

14.1.11. EXCLUSIONES:

GASTOS NO CUBIERTOS

Los gastos no cubiertos por el programa son los siguientes. Este importe estará a cargo del titular son los siguientes:

- a. Cirugía estética o de embellecimiento y cirugía plástica, con excepción de aquellos casos que resultaren a consecuencia de un accidente y cuyos gastos fueron cubiertos por la póliza.
- b. Todo lo relacionado con enfermedades y/o defectos congénitos y/o genéticos.
- c. Curas de reposo.
- d. La adquisición de anteojos y cristales.
- e. Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes o alcoholismo, así como las lesiones por accidentes que se produzcan en situaciones de influencia de drogas.
- f. Aparatos traumatológicos, cardiológico, suministro de bragueros, prótesis u otros similares de malformaciones preexistentes al momento de tomar la póliza.
- g. Lesiones producidas voluntariamente o estando mentalmente insano en peleas o riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa certificada por denuncia policial.
- h. Suicidio o intento de suicidio.
- i. Gastos efectuados en el extranjero, a excepción de los producidos como consecuencia de un accidente y/o emergencia, siempre y cuando el asegurado se encuentre en dicho lugar por vacaciones, comisión de servicio o beca de estudios y/o perfeccionamiento.



- j. Accidentes como consecuencia de la práctica de deportes considerados riesgosos y con alto índice de siniestralidad, tales como sky, motocross, carreras de autos, aviación deportiva, caza submarina y paracaidismo.
- k. Tratamiento por infertilidad o esterilidad.
- l. Aborto provocado.
- m. Tratamiento para bajar de peso (obesidad).
- n. Tratamiento para subir de peso (raquitismo).
- o. Alimentos, leches maternizadas, tónicos o vitaminas, salvo que se indiquen como parte de un tratamiento médico y tengan relación directa con la causa de la enfermedad y el alivio de los síntomas.
- p. Tratamiento para enfermedades mentales con brotes irreversibles.
- q. Cualquier servicio o suministro por el cual el paciente no tuviera obligación legal de pagar.
- r. Los daños por accidentes de aviación, excepto cuando el asegurado esté viajando como pasajero de un vuelo comercial.
- s. Accidentes de Trabajo y/o enfermedades profesionales.

14.1.12. PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR EN LOS BENEFICIOS DE LA PÓLIZA:

El titular del grupo familiar inscrito asumirá el deducible establecido en la tabla de beneficios de los gastos pagados por los beneficios ambulatorio, odontológico, hospitalario, de maternidad, emergencia accidental, transporte por evacuación y aparatos ortopédicos por poliomielitis, de él o cualquiera de sus dependientes.

14.1.13. GASTOS NO CONTEMPLADOS Y USO INDEBIDO:

GASTOS NO CONTEMPLADOS

Todo gasto correspondiente a servicios médicos o asistenciales no considerados en la póliza o que excedan sus montos de cobertura, serán asumidos íntegra y directamente por el titular.

14.1.14. USO INDEBIDO

El titular o el dependiente que incurriera en uso irregular o doloso de la póliza, suplantación de afiliados, falsificación de documentos o autorizaciones, etc. o que se beneficie indebidamente de actos irregulares o dolosos de alguna institución médica, será inmediatamente separado, debiendo asumir íntegra y directamente los gastos que se deriven de su acción en forma inmediata, sin perjuicio de las acciones legales o administrativas que correspondan.

14.1.15. CAUSAS DE LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA:

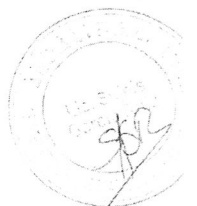
TERMINACION DEL BENEFICIO

El beneficio terminará automáticamente en la fecha que se produzca la ruptura del vínculo laboral del trabajador, titular del programa, por renuncia, despido u otra causa que motive su separación de la Empresa.

14.1.16. CONSIDERACIONES FINALES:

a) STAFF MÉDICO EN CLÍNICAS Y OTROS SERVICIOS MÉDICOS CONTRATADOS:

Las Clínicas y otros servicios médicos con los cuales se contrate, prestarán la atención médica correspondiente acorde con los actuales estándares de alta calidad y competencia.





15. COMPOSICIÓN DE GRUPO

Es importante indicar que esta conformación es factible de inclusiones y exclusiones de trabajadores y familiares directos; los mismos que se realizan y reportan mensualmente a la compañía de seguros:

GRUPOS DE ASEGURADOS	Nº ASEGURADOS	DÍAS
A. Titular solo:	22	730
B. Titulares + 1 dependientes:	75	730
C. Titulares + 2 dependientes:	27	730
D. Titulares + 3 a + dependientes:	47	730
E. Padre	1	730
F. Madre	3	730
Total de Asegurados	175	

(*) Fuente: SGRH – Trama periodo Julio – Agosto 2024

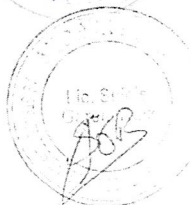
16. CONDICIONES PARTICULARES

- Todos los deducibles incluyen IGV
- Para gozar del beneficio de maternidad no será necesario que la titular se encuentre inscrita con el cónyuge y/o conviviente. Las titulares mujeres tendrán derecho al beneficio de maternidad, incluso se encuentren asegurados como titulares solas.
- La cantidad de personas aseguradas es referencial, pudiendo variar durante la vigencia de la póliza.
- Ingreso sin límites de edad para titulares, cónyuges y/o convivientes.
- No se cubren enfermedades congénitas a excepción de los casos de hijas/os nacidos durante la vigencia del presente Plan de Salud.
- Cobertura para dependientes hasta finalizar la vigencia del seguro sin pago de aportes por fallecimiento del titular (Seguro de Primas)
- La Cobertura del recién nacido aplicara desde la solicitud de inclusión al seguro, dentro de un periodo no mayor a 30 días.
- Contará con continuidad de seguro y con cobertura para enfermedades preexistentes, no aplica para nuevos casos.
- Garantizar la continuidad inmediata de todos los afiliados de las pólizas anteriores.
- La atención es inmediata en caso de emergencia accidental.
- Exoneración de periodo de carencia para los trabajadores asegurados en la póliza vigente.
- Los medicamentos entregados por tratamiento médico serán de acuerdo a lo diagnosticado por el médico tratante.

17. CONDICIONES ESPECIFICAS APLICABLES A LA PÓLIZA

El contratista se obliga a lo siguiente:

- A cumplir con la emisión de documentos, la misma que no está afecta a la prima mínima, respetándose el cálculo de la prima a prorrata, de acuerdo a la tasa cotizada, según formato requerido.
- A cumplir con la emisión de documentos (como pólizas, endosos, certificaciones, constancias, entre otros) de forma inmediata, contando a partir de la recepción del requerimiento de la entidad y/o de su asesor de seguros.
- A atender todos los siniestros cubiertos por la póliza ocurridos en la vigencia.



d. A cumplir con entregar el reporte de siniestralidad de la póliza que suscriban con la entidad de manera cuatrimestral o cuando sea requerido por el Entidad y/o su asesor de seguros, el cual incluirá como mínimo la siguiente información:

- Primas y Siniestro por Póliza
- Detalle de los siniestros, indicando como mínimo:
 - N° de Póliza
 - Ramo
 - Fecha de siniestro
 - N° de siniestro
 - Enfermedad
 - Montos en reserva
 - Montos pagados
 - Estado de siniestros
 - Importe del deducible pagado o pendiente de pago

18. CLINICAS, REDES DE CENTROS OFTALMOLÓGICOS, COBERTURAS ADICIONALES, CENTROS DENTALES, CENTROS DE AYUDA DIAGNOSTICA, FUNERARIAS AFILIADAS A NIVEL NACIONAL Y FARMACIAS. (REFERENCIALES*1)

- **CLÍNICAS EN LAS PROVINCIAS:** La red de clínica de provincias antes descrita, deberá ser ampliada por los postores, considerando que sean de primer nivel y totalmente equipados para brindar todos los servicios ofertados, a nivel nacional, pudiendo gestionar de ser factible a través de convenios o similares con otras entidades de salud en aquellas ciudades donde no cuente con proveedores afiliados.
Si durante la ejecución del contrato hubiera la necesidad o conveniencia de efectuar algún cambio en las clínicas de provincias, esto podría efectuarse siempre y cuando ello.





A Continuación, se detallan la relación de clínicas, de centros oftalmológicos, coberturas adicionales, centros dentales, centros de ayuda diagnóstica, funerarias y farmacias; que se requiere para esta contratación; para lo cual se adjunta el Anexo N° 01:

RELACIÓN DE CLÍNICAS (REFERENCIALES)

RED 1

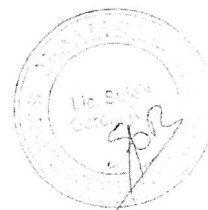
RED DE CLINICAS CREDITO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO EN EL PERU				
RED 1				
CLINICA MONTEFIORE	RED 1	LIMA	AV. SEPARADORA INDUSTRIAL N° 380, URB. LOS CACTUS, LA MOLINA	437-5151
CLINICA UMATAMBO - SAN ISIDRO	RED 1	LIMA	AV. REPUBLICA DE PANAMA N° 3606, SAN ISIDRO	617-1111
CLINICA UMATAMBO - SAN JUAN DE LURIGANCHO	RED 1	LIMA	AV. PROCERES DE LA INDEPENDENCIA N° 2701, SJL	415-6500
CLINICA SAN MIGUEL ARCANGEL - SAN JUAN DE LURIGANCHO	RED 1	LIMA	JR. LAS GARDENIAS N° 754 URB. LOS JAZMINES, SJL	387-5457
CENTRO MEDICO MEDICIS	RED 1	LIMA	AV. JAVIER PRADO OESTE N° 304, MAGDALENA DEL MAR	463-2345
MEDEX (1)	RED 1	LIMA	AV. REPUBLICA DE PANAMA N° 3065, 1ER. Y 2DO. PISO, SAN ISIDRO	442-6284
CLINICA MEDICA CAYETANO HEREDIA	RED 1	LIMA	AV. HONORIO DELGADO N° 370, S.M.P.	381-5668
CLINICA SANTA MARIA DEL SUR (1)	RED 1	LIMA	AV. BELSARIO SUAREZ N° 998, ZONA C, S.J.M.	450-0827
POLICLINICO MEDITAS	RED 1	LIMA	AV. CARLOS ZAGUIRRE N° 03, INDEPENDENCIA	521-4827
CLINICA BELLAVISTA - AUNA	RED 1	CALLAO	AV. LAS GAVIOTAS N° 207 - URB. SAN JOSE, BELLAVISTA	204-9600
CLINISANITAS	RED 1	AREQUIPA	AV. EJERCITO N° 01 LOCAL 03-04 YANAHUARA	(054) 383630
CENTRO MEDICO DIVINO NIÑO	RED 1	AREQUIPA	CL. AREQUIPA N° 348, MOLLENDON ISLAY	(054) 535652
HOSPITAL PRIVADO JUAN PABLO II	RED 1	CHICLAYO	AV. GRAU N° 461	(074) 226070
POLICLINICO SAN LUIS GONZAGA	RED 1	HUANUCO	JR. JOSE PRATTO N° 678, TINGO MARIA	(062) 562073
CLINICA MIRAFLORES	RED 1	PIURA	CL. LAS DALLAS MANZANA A, LOTE 12, URB. MIRAFLORES	(073) 343037
CLINICA CAMINO REAL - AUNA	RED 1	TRUJILLO	CL. FRANCISCO BOLOGNESI N° 561, URB. CENTRO HISTORICO	(044) 749300
CLINICA PERUANO AMERICANA	RED 1	TRUJILLO	AV. MANSICHEN N° 80	(044) 242400
CLINICA SANCHEZ FERRER - SANNA	RED 1	TRUJILLO	CL. LOS LAURELES N° 436, URB. CALIFORNIA	(044) 265541
CLINICA SAN PABLO TRUJILLO	RED 1	TRUJILLO	AV. HUSARES DE JUNIN 690, URB. LA MERCED	(044) 465244

*Referencial: Las clínicas y centros médicos consignados en las presentes bases, sean considerados en forma referencial; pues pudiera darse el caso que algunas aseguradoras no tengan convenios vigentes con algunas de las clínicas o centros médicos mencionados en las Bases; pero sí con otras clínicas o centros médicos de igual o mayor nivel; reservándose el derecho la Entidad de renegociar la inclusión de clínicas o centros médicos de igual o mayor clasificación que las existentes



RED 2

RED 2				
CLINICA LOS ANDES	RED 2	LIMA	CL ASUNCION N° 07, SAN ISIDRO	2210468
CLINICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA	RED 2	LIMA	AV. PASO DE LOS ANDES N° 675, PUEBLO LIBRE	218-107
CLINICA RICARDO PALMA SEDE COMAS (?)	RED 2	LIMA	AV. TUPAC AMARU N° 391 URB. CARABAYLO, COMAS	525-6959
CLINICA RICARDO PALMA SEDE PLAZA LIMA SUR (?)	RED 2	LIMA	AV. PROLONGACION PASEO DE LA REPUBLICA S/N. URB. MATELUNI, CHORRILLOS	617-8200
CLINICA GOOD HOPE	RED 2	LIMA	AV. MALECON BALTA N° 956, MIRAFLORES	616-7300
CLINICA JESUS DEL NORTE	RED 2	LIMA	AV. CARLOS ZAGURREN N° 409 - 63, INDEPENDENCIA	613-4444
CLINICA SAN JUDAS TADEO	RED 2	LIMA	CL. MANUEL RAYGADA N° 070, SAN MIGUEL	219-100
CLINICA STELLA MARIS	RED 2	LIMA	AV. PASO DE LOS ANDES N° 923, PUEBLO LIBRE	463-6660
CLINICA NUEVO SAN JUAN	RED 2	LIMA	JR. LOS ZAFIROS M.Z. GLT. D. SJL	610-4545
CLINICA SAN GABRIEL	RED 2	LIMA	AV. LA MARINA N° 2955, URB. MARANGA II ETAPA, SAN MIGUEL	614-2222
CLINICA PROVIDENCIA	RED 2	LIMA	CL. CARLOS GONZALES N° 250, URB. MARANGA, SAN MIGUEL	660-6000
MEDAVAN - CLINICA ESPECIALIZADA EN CIRUGIA AMBULATORIA	RED 2	LIMA	AV. GREGORIO ESCOBEDO N° 560, JESUS MARIA	261-1737
INSTITUTO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA BRAZZINI	RED 2	LIMA	AV. JORGE BASADREN N° 223, SAN ISIDRO	221-6161
CONSORCIO GARCIA BRAGAGNINI	RED 2	AREQUIPA	AV. TRINIDAD MORAN M.Z. JLT-2	(054) 272422
CLINICA SAN MIGUEL	RED 2	AREQUIPA	AV. MARISCAL CASTILLA 320 - 322	(054) 282773
POLICLINICO DEL PACIFICO	RED 2	AREQUIPA	JR. MOQUEGUA N° 232, CAMANA	(054) 572950
CLINICA PERUANA DE LOS ANDES	RED 2	APURIMAC	JR. AYACUCHO 336, ANDAHUAYLAS	(063) 422466
CLINICA LMATAMBO	RED 2	CAJAMARCA	Jr. PUVO Nro. 263 BARRIO CHONTAPACCHA	(079) 823118
SERVICIOS DE SALUD LOS FRESNOS	RED 2	CAJAMARCA	ESQ. FRESNOS Y NOGALES N° 079 URB. EL INGENIO	(076) 824046
CLINICA SAN LORENZO	RED 2	CAJAMARCA	AV. SAN MARTIN DE PORRAS N° 546, BARRIO SAN MARTIN	(076) 342201
POLICLINICO PEDIATRICO DEL NORTE	RED 2	CAJAMARCA	JR. LOS SAUCES N° 343, URB. LOS ROSALES	(076) 404369
CENTRO MEDICO SERVIMEDICOS - AUNA	RED 2	CHICLAYO	CL. MANUEL MARIA ZAGA N° 621 URB. CERCADO DE CHICLAYO	(074) 221545
HOSPITAL METROPOLITANO	RED 2	CHICLAYO	CL. CONQUISTA N° 420, URB. LATINA	(074) 257777
CLINICA ROBLES	RED 2	CHIMBOTE	VILLAVICENCIO N° 52	(043) 322453
CLINICA SAN PEDRO	RED 2	CHIMBOTE	JR. MANUEL VILLAVICENCIO N° 479	(043) 321630
MEDICOS ASOCIADOS CUSCO - MAC	RED 2	CUSCO	AV. DE LA CULTURA NRO. 420 - WANCHAQ	(084) 225151
CLINICA PARDO	RED 2	CUSCO	AV. DE LA CULTURA N° 710	(084) 240387
CMA	RED 2	CUSCO	AV. PARDO N° 578	(084) 255560
CLINICA SANTO DOMINGO	RED 2	HUANCAYO	AV. FRANCISCO SOLANO N° 274 URB. SAN CARLOS	(064) 234012
CLINICA MEDICA CAYETANO HEREDIA	RED 2	HUANCAYO	HUANCAYUECA N° 745	(064) 247087
CLINICA SAN PABLO HUARAZ	RED 2	HUARAZ	JR. HUAYLAS N° 072	(043) 429811
MEDICENTRO HUARAZ	RED 2	HUARAZ	JR. JUAN DE LA MATA ARNAO N° 446	(043) 426592
CLINICA SAN VICENTE	RED 2	ICA	AV. LOS MAESTROS N° 428	(056) 227263
CLINICA TORRES	RED 2	PIURA	AV. A N° 96, 2DO PISO, TALARA	(073) 381667
CLINICA TRESA	RED 2	PIURA	AV. A N° 08 - 10, TALARA	(073) 382213
CLINICA OLGUN	RED 2	PIURA	CL. SUCREN N° 000	(074) 416213
CLINICA VIRGEN DEL PILAR	RED 2	PIURA	CL. BOLIVAR N° 285	(073) 502278
PROSALUD	RED 2	PUNO	JR. JOSE CARLOS MARATEGUN N° 253	(051) 367759
CLINICA SAN MARTIN	RED 2	SAN MARTIN	JR. SAN MARTIN N° 274	(042) 523680
CLINICA NOR ORIENTE	RED 2	SAN MARTIN	JR. ALONSO DE ALVARADO N° 209, TARAPOTO	(042) 521250
CLINICA TRINIDAD	RED 2	SAN MARTIN	PSJE LAS MESETAS N° 112, TARAPOTO	(042) 341029
CLINICA AMAZONICA (?)	RED 2	PUCCALLPA	AV. SAENZPEÑA N° 421	011111411



RED 3 (Vía Reembolso)

DESDE LA RED 3, 4, 6, y 8 SOLO APLICA VIA REEMBOLSO

RED 3				
CLINICA MAISON DE SANTE DEL SUR	RED 3	LIMA	AV CHORRILLOS N° 91- 93, CHORRILLOS	619-6000
CLINICA MAISON DE SANTE DELMA	RED 3	LIMA	JR MIGUEL ALJOVIN N° 208-222, LIMA	428-8345
CLINICA VESALIO	RED 3	LIMA	CL JOSEPH THOMPSON N° 40 (EX CALLE UNO), SAN BORJA	619-9999
MEDICENTRO EL POLO	RED 3	LIMA	AV LA ENCALADA N° 960, SURCO	619-61-5851
MEDICENTRO SAN ISIDRO	RED 3	LIMA	AV PASEO DE LA REPUBLICA N° 3058, SAN ISIDRO	619-61-451
CENTRO CLINICO LA MOLINA - SANNA	RED 3	LIMA	AV RAUL FERRERO REBAGLIATI N° 058, LA MOLINA	635-5000
CENTRO MEDICO SEÑOR DE ULLANYA	RED 3	APURIMAC	JR ARICA N° 316, APURIMAC	(083) 32 601
CLINICA AREQUIPA	RED 3	AREQUIPA	ESQ PUENTE GRAU Y AV BOLOGNESI N°	(054) 599000
HOGAR CLINICA SAN JUAN DE DIOS	RED 3	AREQUIPA	AV EJERCITO N° 1220, CAYMA	(054) 25 660
EMP PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EL NAZARENO	RED 3	AYACUCHO	JR. QUINUA N° 428-432	(066) 34517
CENTRO CLINICO SANNA - CAJAMARCA	RED 3	CAJAMARCA	CL LOS CEDROS N° 24, URB. EL INGENIERO	749-100
HOSPITAL DE CLINICAS CHICLAYO	RED 3	CHICLAYO	CL FRANCISCO CABRERA N° 61, LAMBAYEQUE	(074) 221111
GASTROSALUD	RED 3	CHICLAYO	ALFONSO UGARTE N° 680	(074) 222575
CLINICA DANIELA CARRION	RED 3	CHINCHA	AV SAN DIONISIO N° 228, ICA, CHINCHA, CHINCHA ALTA	(056) 267252
CLINICA PAREDES	RED 3	CUSCO	CL LECHUGAL N° 405	(084) 225265
CLINICA SAN JOSE	RED 3	CUSCO	AV LOS INCAS N° 408 - B	(084) 253295
CLINICA SAN PEDRO	RED 3	HUACHO	AV ECHENIQUE N° 841, HUACHO, HUACURA	232-3752
CLINICA ORTEGA	RED 3	HUANCAYO	AV DANIEL ALCIDES CARRION N° 124	(084) 235430
CLINICA SAN GABRIEL ARCANGEL	RED 3	HUANUCO	JR. HUALLAYCON N° 026	(082) 514555
CLINICA FAMILIAR	RED 3	ICA	CL PROGRESO N° 21, PISCO CALLE 28 DE JULIO N° 397	(056) 534281
CLINICA FAMILIAR CLINICA TATAJE	RED 3	CHINCHA ICA	AV CONDE DE NIEVA N° 355, URB. LUREN	(056) 218471
CLINICA LOS CONDES	RED 3	ICA	AV CONDE DE NIEVA N° 073, URB. LUREN	(056) 214149
CLINICA ADVENTISTA ANA STAHL	RED 3	QUITO	AV LA MARINA N° 285	(085) 252535
CLINICA SELVA AMAZONICA	RED 3	LORETO	MZ A LOTE 27 URB. JARDIN (ENTRE CALLE MORONA Y BRASIL) MAYNAS - QUITO	(085) 223365
INST DE INVEST MEDICAS DANIEL ALCIDES CARRION	RED 3	MOQUEGUA	AV SIMON BOLIVAR - URB. EL HUAYCONRO 21 MZ. 1° C/ LT. 4	(053) 482301
POLICLINICO SANTA CATALINA (1)	RED 3	MOQUEGUA	AV SIMON BOLIVAR D27 URB. SANTA CATALINA	(053) 461015
CLINICA INMACULADA CONCEPCION	RED 3	PIURA	AV JOSE DE LAMA N° 011 URB. SANTA ROSA, SULLANA	(073) 504898
CENTRO CLINICO SANNA - TALARA	RED 3	PIURA	AV BOLOGNESI N° 63-67, URB. BARRIO PARTIMULAR, PARÍAS, TALARA	749-100
CENTRO CLINICO SANNA - NEGRITOS	RED 3	PIURA	AV LEONCIO PRADON° 200, LA BREA, NEGRITOS	749-100
CLINICA AMERICANA	RED 3	PUNO	JR. LORETO N° 35, URB. LA RINCONADA, JULACA	(051) 321399
CLINICA SANTA ISABEL (CLINICA SANTA ANA)	RED 3	TACNA	CL ARICA N° 51	(052) 242401
CLINICA PROMEDIC	RED 3	TACNA	CL BLONDELL N° 425	(052) 427239
CLINICA SAN ANTONIO	RED 3	TRUJILLO	AV VICTOR LARCON N° 600, URB. SAN ANDRES - LA LIBERTAD	(044) 202597
CLINICA FERNANDEZ	RED 3	UCAYALI	AD SAENZ PEÑA N° 50 (CERCA AL OVALO) CORONEL PORTILLO	(081) 57314

[Handwritten signature and stamp]

SUBGERENTE DE RECURSOS HUMANOS
Lic. Carla Vanessa Benavides Diaz

SUBGERENTE DE RECURSOS HUMANOS
Abog. Héctor Edmundo Pacheco Huamán

RED 4, 5 Y 6 (Vía Reembolso)

RED 4				
CLINICA JAVIER PRADO	RED 4	LMA	AV. JAVIER PRADO ESTE N°499, SAN ISIDRO	214-4141
CLINICA PADRE LUSTRITZA	RED 4	LMA	AV. EL POLO N°570, URB. MONTECRISTO, SANTIAGO DE SURCO	610-5050
CLINICA MAISON DE SANTE - SURCO	RED 4	LMA	PROLONGACIÓN AV. BENAVIDES N°3392, SURCO	619-6000
CENTRO MEDICO JOCKEY SALUD (1)	RED 4	LMA	AV. JAVIER PRADO ESTE N°4200, SANTIAGO DE SURCO	712-3456
CLINICA DEL PACIFICO	RED 4	CHICLAYO	AV. JOSE LEONARDO ORTIZ N°420	(074) 232141
CLINICA SAN MIGUEL	RED 4	PIURA	AV. LOS COCOS N°1111- 63, URB. CLUB GRAU	(073) 309300
CLINICA BELEN - SANNA	RED 4	PIURA	AV. LORETO N°109	(073) 322910
CLINICA VALLESUR - AUNA	RED 4	AREQUIPA	AV. LA SALLE N°16, CERCADO	(054) 749300
CLINICA DEL SUR - SANNA	RED 4	AREQUIPA	AV. BOLOGNESI N°104	(054) 274675
CLINICA MONTE HOREB	RED 4	UCAYALI	JR. INMACULADA NRO. 529 PUCALLPA	(065) 573446
RED 5				
CLINICA INTERNACIONAL - LMA	RED 5	LMA	JR. WASHINGTON N°471	619-6161
CLINICA INTERNACIONAL - SAN BORJA	RED 5	LMA	AV. GUARDIA CIVIL N°385, SAN BORJA	618-3500
CLINICA EL GOLF - SANNA	RED 5	LMA	AV. AURELIO MIRQUESSADA N°1030, SAN ISIDRO	315-5000
CENTRO MEDICO SAN FELIPE	RED 5	LMA	AV. JAVIER PRADO ESTE N°4841, SURCO	2190000 - 711
CLINICA SAN PABLO - SURCO	RED 5	LMA	AV. EL POLO N°789, SANTIAGO DE SURCO	610-3333
ASOCIACION PAZ HOLANDESA	RED 5	AREQUIPA	URB. VILLA CONTINENTAL CALLE 4 N°101 PAUCARPATA	(054) 432281
CLINICA MONTE CARMELO	RED 5	AREQUIPA	CL. FRANCISCO GOMEZ DE LA TORRE N°18, URB. LA VICTORIA	(054) 287048
CENTRO ESPECIALIZADO DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	RED 5	AREQUIPA	AV. PARRA N°211, CERCADO	(054) 200092
RED 6				
CLINICA RICARDO PALMA	RED 6	LMA	AV. JAVIER PRADO ESTE N°1066, SAN ISIDRO	224-2224
CLINICA MONTESUR (2)	RED 6	LMA	AV. EL POLO N°65, SANTIAGO DE SURCO	436-3630
CLINICA SAN BORJA - SANNA	RED 6	LMA	AV. GUARDIA CIVIL N°337, SAN BORJA	475-4000
CLINICA BRITISH AMERICAN HOSPITAL - SAN ISIDRO	RED 6	LMA	CL. ALFREDO SALAZAR N°350, SAN ISIDRO	616-6900
CLINICA BRITISH AMERICAN HOSPITAL - LA MOLINA	RED 6	LMA	AV. LA FONTANA 302, URB. RESIDENCIAL MONTECRISTO LA MOLINA	437-7782
INEN (2)	RED 6	LMA	AV. ANGAMOS ESTE N°2520, SURCULLO	445-9137
CLINICA SAN PABLO ASIA (1)	RED 6	LMA	AV. PANAMERICANA SUR KM. 95.5	530-7979
CLINICA SAN FELIPE	RED 6	LMA	AV. GREGORIO ESCOBEDO N°650, JESUS MARIA	219-0000
CLINICA DELGADO - AUNA	RED 6	LMA	V. ANGAMOS OESTE CDRA. 4 - ESQ. CON CALLE GENERAL BORGONO MIRAFLORES	377-7000



REDES DE CENTROS OFTALMOLÓGICOS RED 1 Y RED 2

REDES DE CENTROS OFTALMOLÓGICOS RED 1				
FUTURO VISION (1)	RED 1	LMA	AV. SAN BORJA SUR N°536, SAN BORJA	476-0319
T.G. LASER OFTALMICA (1)	RED 1	LMA	AV. DOS DE MAYO N°686, SAN ISIDRO	410-6565
INSTITUTO OFTALMOLOGICO CONFA (1)	RED 1	LMA	AV. JOSE GALVEZ BARRENECHEA 356, URB. CORPAC, SAN ISIDRO	475-3320
ARRAYSS LASER (1)	RED 1	LMA	CL. FRANCISCO CUELLAR N°253, URB. LAS FLORES	434-2080
VISUAL CENTER (1)	RED 1	LMA	AV. ELMER FAUCETT N°42, SAN MIGUEL	452-9900
OPELUCE	RED 1	LMA	AV. AREQUIPA N°885, LUNCE	472-8829
NORVISION CENTRO OFTALMOLOGICO	RED 1	LMA	AV. PASEO DE LOS ANDES N°850, PUEBLO LIBRE	333-1920
INSTITUTO OFTALMOLOGICO WONG	RED 1	LMA	AV. GUARDA CIVIL N°554, SAN ISIDRO	715-0400
OMNIA VISION	RED 1	LMA	AV. INTIHUATANA CDRA 4, TAMBO DE MONTERRICO	203-6320
RED 2				
OFTALMICA SA INSTITUTO DE LA VISION (1)	RED 2	LMA	AV. SAN BORJA NORTE N°783, SAN BORJA	476-8318
OFTALMO SALUD (1) (SEDE SAN ISIDRO)	RED 2	LMA	AV. JAVIER PRADO ESTE N°142, SAN ISIDRO	512-1212
OFTALMO SALUD (1) (SEDE EL POLO)	RED 2	LMA	AV. EL POLO N°670 PISO 4-BLOXK "A", CC EL POLO, SURCO	512-1210
OFTALMO SALUD (1) (SEDE SUR)	RED 2	LMA	AV. DE LOS HEROES N°576, SAN JUAN DE MIRAFLORES	512-1216
OFTALMO SALUD (1) (SEDE AREQUIPA)	RED 2	AREQUIPA	AV. MARISCAL BENAVIDES N°307, SELVA ALEGRE, CERCADO	(054) 287373
OFTALMO SALUD (1) (SEDE CHICLAYO)	RED 2	CHICLAYO	AV. LA LIBERTAD N°558, URB. SANTA VICTORIA	(074) 273030
CENTRO MEDICO SAN PEDRO (OFTALMOLOGICO)	RED 2	TACNA	CL. ARICA N°248	(052) 429700
CLINICA DE OJOS OFTALMOVISION	RED 2	TRUJILLO	AV. AMERICA NORTE N°220, URB. PRIMAVERA	(044) 250922
(1) Solo se brindan atenciones ambulatorias				
(2) Solo se brindan atenciones hospitalarias				

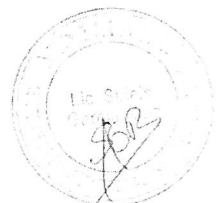
COBERTURAS ADICIONALES

PROVEEDORES COBERTURAS ADICIONALES				
FELIZMENTE SEGUROS		LMA	CL. JOSE GALVEZ N°887, MIRAFLORES	445-3563
INSTITUTO AMERICANO DE MEDICINA FISICA (QUROMEDIC)		LMA	AV. JOSE PARDON N°101	444-5347
ORGANIZACION DE SALUD INTERCONTINENTAL		LMA	CL. GONZALES PRADA N°385	446-3693
WAITING FOR YOUR BABY (Estimulación temprana y Psicoprofilaxis)		LMA	CL. PIRANDELLO N°368, SAN BORJA	225-6540
BABY PLUS		LMA	AV. SAN BORJA NORTE N°1045, SAN BORJA	717-4300
INSTITUTO ONCOLOGICO DE LMA		LMA	CL. 22 URB. CORPAC, SAN ISIDRO	476-0623
PES SALUDABLES (Podología)		LMA	AV. 2 DE MAYO 16 OF. 202 SAN ISIDRO	222-2608
BEST SERVICE (Vacunación)		LMA	AV. JAVIER PRADO OESTE N°1465, SAN ISIDRO	421-8489
BEST SERVICE (Vacunación)		LMA	JR. JOSE SANTOS CHOCANO N°899 OF. 401 VILLA LOS ANGELES, LOS OLIVOS	441-277
BEST SERVICE (Vacunación)		LMA	AV. DEL PILAR N°168, URB. CHACARILLA DEL ESTANQUE, SANTIAGO DE SURCO	441-277
CRYMEF (Fisioterapia y rehabilitación)		LMA	CL. BERNININ N°287, SAN BORJA	226-4492
CLINICA CHACARILLA (Rehabilitación)		LMA	AV. PRIMAVERA N°999, URB. CHACARILLA, SAN BORJA	610-7777



CENTROS DENTALES EN LIMA

CENTROS DENTALES EN EL DEPARTAMENTO DE LIMA				
ALDIDENT		LMA	AV. BRASIL N°2945	451-4338
ALDIDENT		LMA	PRADO ESTE N°3360 SAN BORJA	434-4285
BELLE DENT		LMA	AV. PASEO DE LA REPUBLICA 3691 OF. 802	222-7073
CENTRO DENTAL SAN JOSE		CALLAO	AV. OSCAR R. BENAVIDES N°506, DTO 402, TORRE F	452-5396
CENTRO DENTAL SAN JOSE		LMA	AV. ANTUNEZ DE MAYOLO N°1008, DPTO. 301, URB. COVDA	522-5111
CENTRO DENTAL SAN JOSE		LMA	AV. GEMINIS N°E-27, URB. PAPA JUAN XXII	225-9510
CENTRO DENTAL SAN JOSE		LMA	CL. LAS CAMELIAS N°741-B, 3ER. PISO	422-8306
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	CL. SANTA SOFIA N°109, URB. CAMACHO	436-2883
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	JR. CAMANA N°780, OFICINA 508	427-0558
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	AV. ANTUNEZ DE MAYOLO N°987, URBANIZACION LOS PINARES	523-2160
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	AV. JUAN DE ARONA N°425	421-6323
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	CL. MANUEL A. FUENTES N°260	421-6323
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	CL. LAS CHULPAS N°296, OFICINA 201-202, URB. ZARATE	459-6472
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	CL. MONSEÑOR JORGE DINTILHAC N°717 - 1° PISO	523-2070
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	AV. ROOSEVELT (REPUBLICA DE PANAMA) N°5809, URB. AURORA	421-6323
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	AV. GUARDIA CHALLACA 1362	453-3276
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	CALLE MONSERRAT ESTE 208 URB. LAS GARDENIAS	275-4687
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		LMA	AV. JOAQUIN MADRID N°235 URB. LAS CAMELIAS	225-0809
CENTRO ODONTOLOGICO LOS OLIVOS		LMA	JR. MOQUEGUA N°82 OF. 34	523-8000
CENTRO ODONTOLOGICO SAN ISIDRO		LMA	CALLE MANUEL BAÑON N°236	221-5653
CERDENT		LMA	AV. JOSE CLAYA N°65 DPTO. 202	251-0841
CERDENT		LMA	AV. BRASIL N°435	424-4685
CERDENT		LMA	JR. CORONEL INCLAN N°540, 2DO. PISO, MIRAFLORES	445-7909
CERDENT		LMA	AV. SAN BORJA NORTE N°563, OFICINA 402	228-2888
CERDENT		LMA	CL. LORD COCHRANE N°240	421-6631
CERDENT		LMA	JR. CHACHANIN N°45, CONSULTORIO 3, URB. MARANGA	452-4281
CERDENT		LMA	AV. LA MARINA N°2270 OFICINA 201	263-1457
CENTRO ODONTOLOGICO RDENT		LMA	AV. RAUL FERRERO N°690	365-1013
CENTRO ODONTOLOGICO RDENT		LMA	CALLE OLAVIDE N°356, SAN ISIDRO	441-8590
CREO		LMA	CL. ROUSSEAU N°105	436-5220
MEDENSA		LMA	AV. AVIACION 3540 OFICINA 3	225-7006
CENTRO ODONTOLOGICO LAS PALMERAS		LMA	AV. JAVIER PRADO OESTE N°1465	442-5879
CENTRO POSITO DEL CARPIO ODONTOLOGIA		LMA	CALLE MANUELA FUENTES NRO. 959 - SAN ISIDRO	421-0267
CENTRO LASER DENTAL		LMA	JR. MANUEL SEGUERA NRO. 14 - LINCE	726-8252
CENTRO LASER DENTAL		LMA	AV. GUARDIA CIVIL NRO. 333 - 2DO. PISO - SAN BORJA	226-8549
CENTRO LASER DENTAL		LMA	PASAJE LOS PINOS NRO. 14 OF. 802 - MIRAFLORES	241-4216
ODS - CLINICAS ODONTOLOGICAS		LMA	CL. UCAYALI N°43, URB. PANDO, SAN MIGUEL	451-5417
CLINICA ODONTOLOGICA CANO ALVAREZ		LMA	AV. REDUCTO NRO. 900 - MIRAFLORES	445-2656
CORNEJO'S DENTAL		LMA	AV. DEL PINAR NRO. 62 - OF. 407 - CHACARILLA / SURCO	372-6566
CORNEJO'S DENTAL		LMA	AV. SAN BORJA NORTE NRO. 674 - SAN BORJA	372-6566



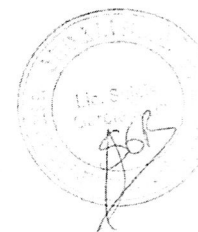
CENTROS DENTALES EN PROVINCIA

CENTROS DENTALES EN PROVINCIAS				
CENTRO DENTAL SAN JOSE		AREQUIPA	AV ABELARDO QUINONEZ B-5, UMACOLLO	(054) 255669
CENTRO DENTAL SAN JOSE		CUSCO	AV EL SOL N°348, OF. 303	(084) 224445
CENTRO DENTAL SAN JOSE		HUARAZ	JR. SMON BOLIVAR N°794, 2DO. PISO	(043) 424497
CENTRO DENTAL SAN JOSE		ICA	CL JUAN PABLO FERNANDINA-4	(056) 211313
CENTRO DENTAL SAN JOSE		ILO	AV PANAMA A-11 URB. GARIBALDI	(053) 782543
CENTRO DENTAL SAN JOSE		PAITA	JR. SAN MARTIN N°100, 1° PISO	(073) 212387
CENTRO DENTAL SAN JOSE		PIURA	AV MARTIRES D UCHURACCAY 103	(073) 320863
CENTRO DENTAL SAN JOSE		TRUJILLO	CL ESTADOS UNIDOS N°19, URB. EL RECREO	(044) 221170
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		AREQUIPA	CALLE SEVILLA N°107 URB. LOS SAUCES	(054) 272716
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		AREQUIPA	URB LANFICIO MZ B N°307	(054) 423457
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		CAJAMARCA	AV DOS DE MAYO N°350	(076) 369456
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		CHICLAYO	CL MANUEL MARIA IZAGA N°778	(074) 223677
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		CUSCO	AV. PARDO N°605 - 02	(084) 248124
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		HUANCAYO	JR. ANCASH N°231	(054) 211094
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO		HUARAZ	JR. JOSE DE SAN MARTIN N°679	(043) 421745
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO	PIURA	AV GRAUN N°1050	(073) 305620	
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO	PUNO	JR. DESUTUA N°754	(051) 307251	
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO	TACNA	AV. SAN MARTIN 596	(052) 247216	
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO	TRUJILLO	CL SANTA URSULA 109 (URB. LA MERCED)	(044) 286921	
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO	ICA	CALLE DOMINGO ELIAS 29	(056) 216345	
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO	JULIACA	JR. PIURA 482	(051) 325462	
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO	TUMBES	CALLE LOS ANDES 21	(072) 522771	
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO	PUCALLPA	JR. ATAHUALPA N°139	(051) 573375	
CENTRO MEDICO ODONTOLOGICO AMERICANO	JULIACA	Jr Piura 482 Parque Grau	(051) 325462	
CERDENT	AREQUIPA	CL SAN JOSE 214-A	(054) 204016	
CERDENT	PIURA	AV VICE M-14, URBANIZACION SANTA ANA	(073) 308891	
CERDENT	IQUITOS	CALLE HUAYAGA N°200 - 204	(055) 241943	
CERDENT	CUSCO	AV. SOL N°475 - OF. 303	(084) 243386	
SERVICIOS ODONTOLOGICOS	TRUJILLO	AV. BOLIVAR N°323 OF. 201	(044) 220682	
CLINICA DENTAL ALEGERI	HUANUCO	JR. CRESPO CASTILLO	(052) 513377	
ORALBET CENTRO ODONTOLÓGICO	CAJAMARCA	JR. ANTONIO GUILLERMO URRELO N°773, BARRIO SAN SEBASTIAN	(076) 362412	

CENTROS DE AYUDA DIAGNOSTICA DEPARTAMENTO DE LIMA

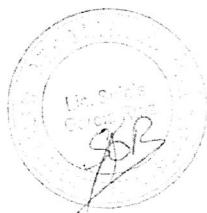
CENTROS DE AYUDA DIAGNOSTICA DEPARTAMENTO DE LIMA				
RESOMASA	LIMA	AV. JAVIER PRADO ESTE N°178, SAN ISIDRO	212-2034	
RESOMASA	LIMA	GUARDIA CIVIL N°664, CORPAC, SAN ISIDRO	7112100	
EMETAC	LIMA	AV. PETIT THOUARS N°4350, OF. 101, MIRAFLORES	440-9566	
RESONANCIA MEDICA - RESOCENTRO	LIMA	AV. PETIT THOUARS N°4443, MIRAFLORES	221-1530	
DPI DEL PERU	LIMA	AV. DOS DE MAYO N°602, SAN ISIDRO	221-7555	

TOMOGRFIA MEDICA	LIMA	CL. LA CONQUISTA N°45, LRB. EL DERBY DE MONTERRICO	610-3333	
RESOMASA	LIMA	AV. JAVIER PRADO ESTE N°178, SAN ISIDRO	212-2034	
SUIZA LAB	LIMA	AV. EL POLO N°434, URB. EL DERBY	612-6666	
SUIZA LAB	LIMA	AV. ANGAMOS OESTE N°300, MIRAFLORES	612-6666	
BLUFSTEIN LABORATORIO CLINICO	LIMA	AV. JORGE BASADRE N°103, SAN ISIDRO	222-0550	
LABORATORIOS ANTUNEZ DE MAYOLO	LIMA	AV. DOS DE MAYO N°649, SAN ISIDRO	221-5782	
SERVICIOS MEDICOS DE DIAGNOSTICO - CIMEDIC	LIMA	AV. AREQUIPA N°3362, SAN ISIDRO	442-2222	
PETSCAN PERU	LIMA	AV. PETIT THOUARS NRO. 4340 / 4344 - MIRAFLORES	652-3515	
RESOCENTRO	LIMA	AV. PETIT THOUARS N°4427, MIRAFLORES	221-1530	
INSTITUTO DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA BRAZZINI	LIMA	AV. JORGE BASADRE N°223, SAN ISIDRO	221-6161	



CENTROS DE AYUDA DIAGNOSTICA EN PROVINCIAS

CENTROS DE AYUDA DIAGNOSTICA EN PROVINCIAS				
CENTRO DE ANALISIS E INVESTIGACION ESCALAB	TRUJILLO	JR. BOLOGNESI N°334	(044) 205937	
CENTRO DE APOYO AL DIAGNOSTICO DR. BERLY MANRIQUE	TRUJILLO	CL. DIEGO DE ALMAGRO N°607-616	(044) 245524	
TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA	TRUJILLO	CL. COLOMBIA N°09, URB. EL RECREO	(044) 207111	

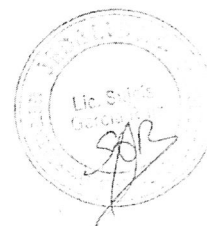


FUNERARIAS AFILIADAS A NIVEL NACIONAL

FUNERARIAS AFILIADAS A NIVEL NACIONAL				
FUNERARIA LA MOLINA	LIMA	AV. JAVIER PRADO ESTE N° 2248	225-1090	
FUNERARIA SAN MARTIN	LIMA	AV. HONORARIO DELGADO N° 183, URB. INGENIERIA	481520 - 3817 83	
FUNERARIA JARDINES DE LA PAZ S.A. - FUNJAR	LIMA	AV. SAN BORJA SUR N° 160	710-5000	
CARLOS MEDINA SUCESTORES EMPRESA FUNERARIA	AREQUIPA	CL. PERAL N° 602	(054) 285385	
CORPORACION DE CREDITO AMERICANA & COMPAÑIA	AREQUIPA	CL. PERAL N° 555	(054) 286834	
SERVECAM EIRL (FUNERARIA SAN ANTONIO)	AREQUIPA	JR. MARTINEZ N° 106	(054) 286835	
INMOBILIARIA PARQUE DE PAZ	AREQUIPA	AV. EJERCITO N° 1005 OF. 205	(054) 252254	
FUNERARIA MELGAR	AREQUIPA	CL. JUAN B. ARENAS N° 200A	(054) 285836	
FUNERARIA LA UNION	CHICLAYO	CL. FAUSTINO SARMIENTO N° 100	(074) 2329 11	
FUNERARIA EL PARAISO	CHICLAYO	CL. TARATA N° 500	(074) 2329 14	
FUNERARIA IPARRAGURRE	CHIMBOTE	AV. PARDO N° 2032	(043) 322146	
FUNERARIA ESPINOZA	LA LIBERTAD	ANCASH N° 459, SAN PEDRO DE LLOC	(044) 528033	
FUNERARIA RAMOS	PIURA	AV. INDEPENDENCIA N° 246, URB. MIRAFLORES	(054) 340991	
FUNERARIA RAMIREZ	TRUJILLO	AYACUCHO N° 840	(044) 272322	
FUNERARIA SALAS	TRUJILLO	PABLO DE OLAVIDE N° 253, URB. RAZURI	(044) 425383	

FARMACIAS

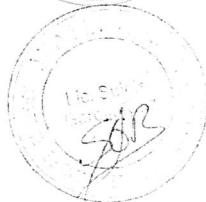
FARMACIAS				
BOTICAS INKAFARMA		CENTRAL DE PEDIDOS		
BOTICAS ARCANGEL BOTICAS Y SALUD		CENTRAL DE PEDIDOS		
BOTICAS BTL BOTICAS FASA		CENTRAL DE PEDIDOS		
BOTICAS MIFARMA		CENTRAL DE PEDIDOS		





3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
	HABILITACIÓN
	<u>Requisitos:</u> El postor debe contar con la Autorización de Funcionamiento expedida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP conforme a lo señalado en la Ley N° 26702 "Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros" o ser Entidad Prestadora de Salud. Importante <i>De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</i> <u>Acreditación:</u> Copia de la Autorización de Funcionamiento expedida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP conforme a lo señalado en la Ley N° 26702 "Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros", o Certificado emitido por la Superintendencia de Banca y Seguros, emitido con una antigüedad no mayor de 30 días calendario a la presentación de ofertas, computada desde la fecha emisión o registrada en Susalud. Importante <i>En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.</i>



C	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/7,755,370.18 (Siete millones setecientos cincuenta y cinco mil trescientos setenta con 18/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Seguros Generales</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago², correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p>

² Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado**:

"... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"

(...)

"Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término "cancelado" o "pagado"] supuesto en el cual sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".



Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el **Anexo N° 9**.

Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el **Anexo N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

Importante

- *Al calificar la experiencia del postor, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del objeto contractual no coincida literalmente con el previsto en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que ejecutó el postor corresponden a la experiencia requerida.*
- *En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*

Importante

- *Si como resultado de una consulta u observación corresponde precisarse o ajustarse el requerimiento, se solicita la autorización del área usuaria y se pone de conocimiento de tal hecho a la dependencia que aprobó el expediente de contratación, de conformidad con el numeral 72.3 del artículo 72 del Reglamento.*
- *El cumplimiento de los Términos de Referencia se realiza mediante la presentación de una declaración jurada. De ser el caso, adicionalmente la Entidad puede solicitar documentación que acredite el cumplimiento del algún componente de estos. Para dicho efecto, consignará de manera detallada los documentos que deben presentar los postores en el literal e) del numeral 2.2.1.1 de esta sección de las bases.*
- *Los requisitos de calificación determinan si los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, lo que debe ser acreditado documentalmente, y no mediante declaración jurada.*

