

**ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 13-2023-CR**  
**SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SALUD Y PENSIÓN) – SCTR**  
**PARA PERSONAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA QUE REALIZA LABORES DE RIESGO 2023 – 2024**

**ACTA DE APERTURA DE OFERTAS, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:**

<b>1</b>	<b>NÚMERO DE ACTA</b>	N° 006-2023/AS 13-2023-CR																																								
<b>2</b>	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b> En, Lima, a los 26 días del mes de julio de 2023, en la oficina del Grupo Funcional de Compras, a las 11:30 horas se reunieron los miembros del Comité de Selección designados mediante Resolución N° 162-2023-DGA-CR de fecha 21 de junio de 2023, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección ADUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 13-2022-CR, cuyo objeto de convocatoria es la contratación del SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SALUD Y PENSIÓN) – SCTR PARA PERSONAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA QUE REALIZA LABORES DE RIESGO 2023 – 2024, a fin de efectuar la APERTURA y ADMISIÓN de ofertas presentadas.																																									
<b>3</b>	<b>SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)</b> El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%;">Presidente</td><td style="width: 30%;">JORGE PACIFICO POLANCO ZEVALLOS</td><td style="width: 10%;">Titular</td><td style="width: 10%; text-align: center;">X</td><td style="width: 10%;">Dependencia:</td><td style="width: 20%;">DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Suplente</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Primer Miembro</td><td>ESTHER MENDEZ YUPANQUI</td><td>Titular</td><td style="text-align: center;">X</td><td>Dependencia:</td><td>DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Suplente</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Segundo Miembro</td><td>CRISTINA MADRID VILLACORTA</td><td>Titular</td><td style="text-align: center;">X</td><td>Dependencia:</td><td>DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Suplente</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Presidente	JORGE PACIFICO POLANCO ZEVALLOS	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA			Suplente				Primer Miembro	ESTHER MENDEZ YUPANQUI	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA			Suplente				Segundo Miembro	CRISTINA MADRID VILLACORTA	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS			Suplente							
Presidente	JORGE PACIFICO POLANCO ZEVALLOS	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA																																					
		Suplente																																								
Primer Miembro	ESTHER MENDEZ YUPANQUI	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA																																					
		Suplente																																								
Segundo Miembro	CRISTINA MADRID VILLACORTA	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS																																					
		Suplente																																								
<b>4</b>	<b>DETALLE DE LOS PARTICIPANTES</b> De acuerdo con el cronograma establecido en las bases, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 5%;">N°</th><th style="width: 65%;">Nombre o razón social del participante</th><th style="width: 30%;">RUC</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP</td><td>20254165035</td></tr><tr><td>2</td><td>PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS</td><td>20332970411</td></tr><tr><td>3</td><td>MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS</td><td>20418896915</td></tr><tr><td>4</td><td>PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD</td><td>20431115825</td></tr><tr><td>5</td><td>LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS</td><td>20454073143</td></tr><tr><td>6</td><td>MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD</td><td>20517182673</td></tr><tr><td>7</td><td>PROTECTA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS</td><td>20517207331</td></tr><tr><td>8</td><td>SANITAS PERU S.A. - EPS</td><td>20523470761</td></tr><tr><td>9</td><td>CRECER SEGUROS S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS</td><td>20600098633</td></tr><tr><td>10</td><td>LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD</td><td>20601978572</td></tr></tbody></table>		N°	Nombre o razón social del participante	RUC	1	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	20254165035	2	PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	20332970411	3	MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	20418896915	4	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD	20431115825	5	LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS	20454073143	6	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	20517182673	7	PROTECTA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	20517207331	8	SANITAS PERU S.A. - EPS	20523470761	9	CRECER SEGUROS S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	20600098633	10	LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	20601978572							
N°	Nombre o razón social del participante	RUC																																								
1	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	20254165035																																								
2	PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	20332970411																																								
3	MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	20418896915																																								
4	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD	20431115825																																								
5	LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS	20454073143																																								
6	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	20517182673																																								
7	PROTECTA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	20517207331																																								
8	SANITAS PERU S.A. - EPS	20523470761																																								
9	CRECER SEGUROS S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	20600098633																																								
10	LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	20601978572																																								
<b>5</b>	<b>DETALLE DE LOS POSTORES</b> En el día y horario señalado en la Ficha del Procedimiento de Selección publicado en el SEACE, los siguientes postores presentaron electrónicamente a través de la plataforma del SEACE su oferta: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 5%;">N°</th><th style="width: 65%;">Nombre o razón social del postor</th><th style="width: 15%;">Fecha de presentación</th><th style="width: 15%;">Hora de presentación</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS</td><td>24/07/2023</td><td>16:42</td></tr><tr><td>2</td><td>OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP</td><td>24/07/2023</td><td>18:48</td></tr><tr><td>3</td><td>CRECER SEGUROS S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS</td><td>24/07/2023</td><td>18:12</td></tr><tr><td>4</td><td>SANITAS PERU S.A. - EPS</td><td>24/07/2023</td><td>19:34</td></tr><tr><td>5</td><td>LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS</td><td>24/07/2023</td><td>22:07</td></tr><tr><td>6</td><td>MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS</td><td>24/07/2023</td><td>18:43</td></tr><tr><td>7</td><td>MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD</td><td>24/07/2023</td><td>18:47</td></tr><tr><td>8</td><td>LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD</td><td>24/07/2023</td><td>22:15</td></tr><tr><td>9</td><td>PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD</td><td>24/07/2023</td><td>16:46</td></tr></tbody></table>		N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación	1	PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	24/07/2023	16:42	2	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	24/07/2023	18:48	3	CRECER SEGUROS S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	24/07/2023	18:12	4	SANITAS PERU S.A. - EPS	24/07/2023	19:34	5	LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS	24/07/2023	22:07	6	MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	24/07/2023	18:43	7	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	24/07/2023	18:47	8	LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	24/07/2023	22:15	9	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD	24/07/2023	16:46
N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación																																							
1	PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	24/07/2023	16:42																																							
2	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	24/07/2023	18:48																																							
3	CRECER SEGUROS S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	24/07/2023	18:12																																							
4	SANITAS PERU S.A. - EPS	24/07/2023	19:34																																							
5	LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS	24/07/2023	22:07																																							
6	MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	24/07/2023	18:43																																							
7	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	24/07/2023	18:47																																							
8	LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	24/07/2023	22:15																																							
9	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD	24/07/2023	16:46																																							

**ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 13-2023-CR  
SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SALUD Y PENSIÓN) – SCTR  
PARA PERSONAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA QUE REALIZA LABORES DE RIESGO 2023 –  
2024**

**ACTA DE APERTURA DE OFERTAS, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:**

**6** Acto seguido, el Comité de Selección inició la revisión de las mismas, a fin de verificar la presentación de los documentos requeridos y determinar si las ofertas responden a las características y/o requisitos y condiciones de los Términos de Referencia previstos en las bases.

<b>7</b>	<b>DETALLE DE LAS OFERTAS QUE FUERON ADMITIDAS Y QUE PASAN A EVALUACIÓN</b>	
	De acuerdo con la revisión efectuada (detalle en Anexo N° 01), las siguientes ofertas fueron admitidas por lo que se procederá con su evaluación:	
	<b>N°</b>	<b>Nombre o razón social del postor</b>
	1	PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
	2	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP
	3	CRECER SEGUROS S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS
	4	SANITAS PERU S.A. - EPS
	5	LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS
	6	MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
	7	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD
	8	LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD
	9	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD

<b>8</b>	<b>EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS</b>	
	<b>8.1</b>	<b>DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA</b>
		<b>SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 1 SALUD</b>
	<b>N°</b>	<b>Nombre o razón social del postor</b>
	1	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD
	2	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD
	3	SANITAS PERU S.A. - EPS
	4	LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD
		<b>SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 2 PENSION</b>
	<b>N°</b>	<b>Nombre o razón social del postor</b>
		OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP
		PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
		LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS
		MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS
	<b>8.2</b>	<b>DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS EN CONCORDANCIA CON LOS FACTORES DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS EN LAS BASES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN</b>
		La evaluación de las ofertas se detalla en el cuadro de Evaluación de Ofertas, según Anexo N° 02 que forma parte de la presente Acta. Se descalifica la oferta de CRECER SEGUROS SA, debido a que considera un monto de Planilla Anual Proyectada no establecido en las Bases

<b>9</b>	<b>PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES</b>	
	<b>SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 1 SALUD</b>	
	<b>9.1</b>	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>
		PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD
	<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO	100.00 puntos
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	<b>100.00 puntos</b>

**ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 13-2023-CR**  
**SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SALUD Y PENSIÓN) – SCTR**  
**PARA PERSONAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA QUE REALIZA LABORES DE RIESGO 2023 – 2024**

**ACTA DE APERTURA DE OFERTAS, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:**

<b>9.2</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>	<b>MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD</b>
	<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO	96.55 puntos
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	<b>96.55 puntos</b>
<b>9.3</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 3</b>	<b>SANITAS PERU S.A. - EPS</b>
	<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO	93.33 puntos
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	<b>93.33 puntos</b>
<b>9.4</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 4</b>	<b>LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD</b>
	<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO	70.00 puntos
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	<b>70.00 puntos</b>
<b>SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 2 PENSION</b>		
<b>9.5</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>	<b>OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP</b>
	<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO	100.00 puntos
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	<b>100.00 puntos</b>
<b>9.6</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>	<b>PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS</b>
	<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO	89.29 puntos
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	<b>89.29 puntos</b>
<b>9.7</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 3</b>	<b>LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS</b>
	<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO	31.65 puntos
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	<b>31.65 puntos</b>
<b>9.8</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 4</b>	<b>MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS</b>
	<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO	31.25 puntos
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	<b>31.25 puntos</b>

**10 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente:

**SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 1 SALUD**

<b>N° DE ORDEN DE PRELACIÓN</b>	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR</b>	<b>PUNTAJE TOTAL</b>
1	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD	100.00 puntos
2	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	96.55 puntos
3	SANITAS PERU S.A. - EPS	93.33 puntos
4	LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	70.00 puntos

**SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 2 PENSION**

1	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	100.00 puntos
2	PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	89.29 puntos
3	LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS	31.65 puntos
4	MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	31.25 puntos

**ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 13-2023-CR**  
**SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SALUD Y PENSIÓN) – SCTR**  
**PARA PERSONAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA QUE REALIZA LABORES DE RIESGO 2023 – 2024**

**ACTA DE APERTURA DE OFERTAS, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:**

<b>11</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>			
Luego de culminada la evaluación, el Comité de Selección determinó si los postores, según el orden de prelación, cumplen con los requisitos de calificación detallados en las bases:				
<b>SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 1 SALUD</b>				
<b>11.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>	<b>PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD</b>		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	A.1	HABILITACIÓN	X	
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>		
	B.1	FACTURACIÓN	X	
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICADO</b>	
<b>11.2</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>	<b>MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD</b>		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	A.1	HABILITACIÓN	X	
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>		
	B.1	FACTURACIÓN	X	
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICADO</b>	
<b>11.3</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 3</b>	<b>SANITAS PERU S.A. - EPS</b>		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	A.1	HABILITACIÓN	X	
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>		
	B.1	FACTURACIÓN	X	
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICADO</b>	
<b>11.4</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 4</b>	<b>LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD</b>		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	A.1	HABILITACIÓN	X	
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>		
	B.1	FACTURACIÓN	X	
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICADO</b>	
<b>SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 2 PENSION</b>				
<b>11.5</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 4</b>	<b>OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP</b>		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	A.1	HABILITACIÓN	X	
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>		
	B.1	FACTURACIÓN	X	
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICADO</b>	
<b>11.6</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 4</b>	<b>PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS</b>		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	A.1	HABILITACIÓN	X	
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>		
	B.1	FACTURACIÓN	X	
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICADO</b>	
<b>11.7</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 4</b>	<b>LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS</b>		


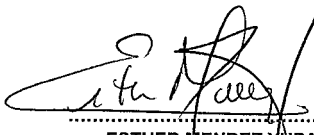
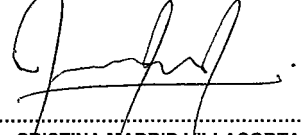
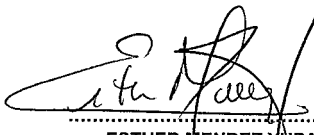
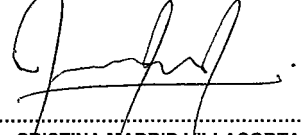
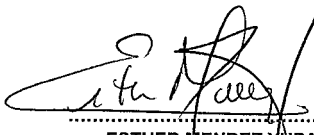
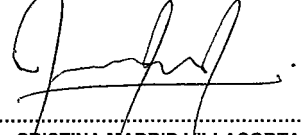
**ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 13-2023-CR**  
**SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SALUD Y PENSIÓN) – SCTR**  
**PARA PERSONAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA QUE REALIZA LABORES DE RIESGO 2023 – 2024**

**ACTA DE APERTURA DE OFERTAS, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:**

<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>		
<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>				
A.1	HABILITACIÓN	X			
<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>				
B.1	FACTURACIÓN	X			
<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICADO</b>			
<b>11.8</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 4</b>	<b>MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS</b>			
<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>		
<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>				
A.1	HABILITACIÓN	X			
<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>				
B.1	FACTURACIÓN	X			
<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICADO</b>			
<b>11.9</b>	<b>DETALLE DE LA CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS</b>				
	La calificación de las ofertas se detalla en el cuadro de Calificación, según Anexo N° 03 que forma parte de la presente Acta.				

<b>12</b>	<b>RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN</b>
	De acuerdo a la calificación realizada, por cada ítem, el siguiente postor que obtuvo el primer lugar en orden de prelación, cumple los requisitos de calificación establecidos en las bases:
<b>ITEM</b>	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR</b>
<b>1</b>	<b>PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD</b>
<b>2</b>	<b>OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP</b>

<b>13</b>	<b>ACUERDO ADOPTADO</b>
	Los integrantes del Comité de Selección, por unanimidad, dan por aprobados los resultados de la evaluación de las ofertas y calificación, de acuerdo con el análisis efectuado y los cuadros de Evaluación de Ofertas y Calificación adjuntos que forman parte del Acta.

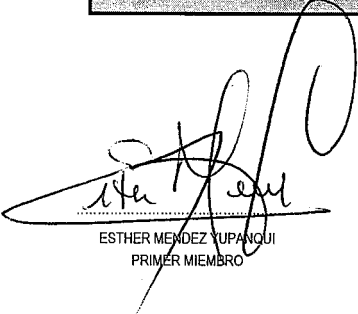
<b>14</b>	 ..... <b>JORGE PACIFICO POLANCO ZEVALLOS</b> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN</b>		
	<table border="1"> <tr> <td align="center">                   .....  <b>ESTHER MENDEZ YUPANQUI</b>  <b>NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER MIEMBRO</b> </td> <td align="center">                   .....  <b>CRISTINA MADRID VILLACORTA</b>  <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO MIEMBRO</b> </td> </tr> </table>	 ..... <b>ESTHER MENDEZ YUPANQUI</b> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER MIEMBRO</b>	 ..... <b>CRISTINA MADRID VILLACORTA</b> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO MIEMBRO</b>
 ..... <b>ESTHER MENDEZ YUPANQUI</b> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER MIEMBRO</b>	 ..... <b>CRISTINA MADRID VILLACORTA</b> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO MIEMBRO</b>		

## ANEXO N°01

## ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 13-2023-CR

SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SALUD Y PENSIÓN) – SCTR PARA  
PERSONAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA QUE REALIZA LABORES DE RIESGO 2023 - 2024ADMISIÓN DE OFERTAS - SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 1 SALUD  
Numeral 2.2.1.1 del Capítulo II de la Sección Específica

DOCUMENTOS PARA LA ADMISION DE LA OFERTA		POSTORES			
		SANITAS PERU SA EPS	MAPFRE PERU SA EPS	LA POSITIVA SA, EPS	PACIFICO SA EPS
a.1	Declaración jurada de datos del postor. (Anexo N° 1)	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
a.2	Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta. En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto. En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda. En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
a.3	Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2)	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
a.4	Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (Anexo N° 3)	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
a.5	Declaración jurada de plazo de prestación del servicio de consultoría. (Anexo N° 4).	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
a.6	Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 5)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
a.7	El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 6	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
OBSERVACIONES					
RESULTADO		ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA



ESTHER MENDEZ YUPANQUI  
PRIMER MIEMBRO



JORGE PACIFICO POLANCO ZEVALLOS  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN



CRISTINA MADRID VILLACORTA  
SEGUNDO MIEMBRO

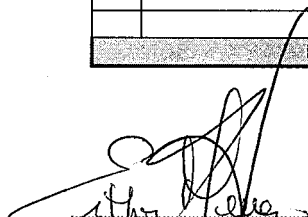
ANEXO N°01


ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 13-2023-CR

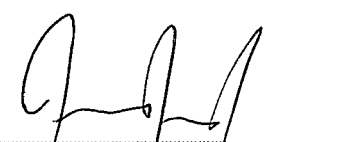
SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SALUD Y PENSIÓN) – SCTR PARA  
PERSONAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA QUE REALIZA LABORES DE RIESGO 2023 - 2024

ADMISIÓN DE OFERTAS - SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 2 PENSION  
Numeral 2.2.1.1 del Capítulo II de la Sección Específica

DOCUMENTOS PARA LA ADMISION DE LA OFERTA		POSTORES				
		Pacifico Compañía de Seguros y Reaseguros	ONP	CRECER SEGUROS SA COMPAÑÍA DE SEGUROS	LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS	MAPFRE PERU COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA
a.1	Declaración jurada de datos del postor. (Anexo N° 1)	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
a.2	Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta. En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto. En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda. En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
a.3	Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2)	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
a.4	Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (Anexo N° 3)	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
a.5	Declaración jurada de plazo de prestación del servicio de consultoría. (Anexo N° 4).	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
a.6	Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 5)	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
a.7	El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 6	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
OBSERVACIONES						
RESULTADO		ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA

  
ESTHER MÉNDEZ YUPANQUI  
PRIMER MIEMBRO

  
JORGE PACIFICO POLANCO ZEVALLOS  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN

  
CRISTINA MADRID VILLACORTA  
SEGUNDO MIEMBRO



## ANEXO N° 02

## ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 13-2023-CR

## SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SALUD Y PENSIÓN) – SCTR PARA PERSONAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA QUE REALIZA LABORES DE RIESGO 2023 – 2024

## EVALUACIÓN DE OFERTAS

Capítulo IV de la sección Específica - FACTORES DE EVALUACIÓN

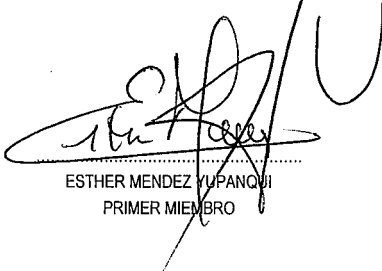
EVALUACIÓN		PUNTAJE MÁXIMO
A.	PRECIO	
	Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6).	100.00
EVALUACIÓN		PUNTAJE MÁXIMO

## SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 1 SALUD

ITEM	POSTOR	MONTO TOTAL OFERTADO S/	PUNTAJE TOTAL	ORDEN DE PRELACIÓN
1	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD	59,785.61	100	1
2	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	61,921.63	96.55	2
3	SANITAS PERU S.A. - EPS	64,056.86	93.33	3
4	LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	85,409.15	70	4

## SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO ITEM 2 PENSION

ITEM	POSTOR	MONTO TOTAL OFERTADO S/	PUNTAJE TOTAL	ORDEN DE PRELACIÓN
1	OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL ONP	54,981.41	100	1
2	PACIFICO COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	61,579.18	89.29	2
3	LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS	173,743.56	31.65	3
4	MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	175,942.85	31.25	4

  
 ESTHER MENDEZ YUPANQUI  
 PRIMER MIEMBRO

  
 JORGE PACIFICO POLANCO ZEVALLOS  
 PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN

  
 CRISTINA MADRID VILLAGORTA  
 SEGUNDO MIEMBRO



ANEXO N° 03  
ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 13-2023-CR  
SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SALUD Y PENSION) – SCTR PARA PERSONAL DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA QUE REALIZA LABORES DE RIESGO 2023 – 2024

ITEM 1

A CAPACIDAD LEGAL  
HABILITACION

No.	REQUISITO	ACREDITACION
	Item 1. Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Salud	Copia simple del documento del registro emitido por la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD

SANITAS PERU SA

ENTIDAD	CERTIFICADO	RIAJA	OBSERVACION	RESULTADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	REGISTRO DE INSTITUCION ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	Código Único N° 20005		CUMPLE

C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

MIYPE	SI	NO	X
-------	----	----	---

No.	REQUISITO	ACREDITACION
1	<p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 150,000.00 (Ciento cincuenta mil con 00/100 Soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los últimos 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>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/. 14,000.00 (Catorce mil con 00/100 Soles), por la venta 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. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Contratación de Pólizas de Seguros de Vida y/o Seguros de accidentes personales y/o SCTR Salud y/o SCTR Pension y/o seguro de desgravamen</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 pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

CLIENTE	Descripción	Nro de Contrato / Orden de Servicio / Comprobante de pago	Fecha de conformidad o emisión del comprobante de pago	Observación	IMPORTE S/.	RESULTADO
Corporación Linlley SA	SCTR - SALUD	100-000222327		No indica	264,912.28	NO CUMPLE
Corporación Ferreyros SA	SCTR - SALUD	100-000245980		No indica	175,723.43	
Corporación Ferreyros SA	SCTR - SALUD	100-000208882		No indica	139,917.91	
Corporación Ferreyros SA	SCTR - SALUD	100-000283691		No indica	172,494.91	CUMPLE
Corporación Ferreyros SA	SCTR - SALUD	100-000317083		No indica	137,688.05	
Corporación Ferreyros SA	SCTR - SALUD	100-000356225		No indica	123,466.14	
TOTAL					749,300.44	

RESULTADO DE CALIFICACION	CUMPLE
---------------------------	--------

A CAPACIDAD LEGAL  
HABILITACION

MAPFRE PERU SA. EPS

No.	REQUISITO	ACREDITACION
	Item 1. Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Salud	Copia simple del documento del registro emitido por la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD

C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

No.	REQUISITO	ACREDITACION
1	<p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 150,000.00 (Ciento cincuenta mil con 00/100 Soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los últimos 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>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/. 14,000.00 (Catorce mil con 00/100 Soles), por la venta 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. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Contratación de Pólizas de Seguro de Vida y/o Seguros de accidentes personales y/o SCTR Salud y/o SCTR Pensión y/o seguro de desgravamen</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 pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

ENTIDAD		CERTIFICADO		RIAF	OBSERVACION	RESULTADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD		REGISTRO DE INSTITUCION ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD		Código Único N° 20004		CUMPLE
MIPE		SI			NO	X
CLIENTE	Descripción	Nro de Contrato / Orden de Servicio / Comprobante de pago	Fecha de conformidad o emisión del comprobante de pago	Observación	IMPORTE S/.	RESULTADO
MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA	Contratación de Póliza de Seguros SCTR - SALUD	002-0059670		No Indica	177,468.55	
MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA	Contratación de Póliza de Seguros SCTR - SALUD	002-0060366		No Indica	180,596.93	
MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA	Contratación de Póliza de Seguros SCTR - SALUD	002-0061198		No Indica	181,814.13	
MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA	Contratación de Póliza de Seguros SCTR - SALUD	002-0061995		No Indica	182,344.39	
MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA	Contratación de Póliza de Seguros SCTR - SALUD	002-0062736		No Indica	184,291.12	
TOTAL					906,515.12	

A CAPACIDAD LEGAL  
HABILITACION

LA POSITIVA SA. EPS

No.	REQUISITO	ACREDITACION
1	Item 1. Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Salud	Copia simple del documento del registro emitido por la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD

C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

No.	REQUISITO	ACREDITACION
1	<p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 150,000.00 (Ciento cincuenta mil con 00/100 Soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los últimos 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>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/. 14,000.00 (Catorce mil con 00/100 Soles), por la venta 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. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Contratación de Pólizas de Seguros de Vida y/o seguros de accidentes personales y/o SCTR Salud y/o SCTR Pensión y/o seguro de desgravamen</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 pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

ENTIDAD	CERTIFICADO	RAFA	OBSERVACION	RESULTADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO DE INSTITUCION ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	Código Único N° 20029		CUMPLE

MIYPE		SI			NO	X
CLIENTE	Descripción	Nro de Contrato / Orden de Servicio / Comprobante de pago	Fecha de conformidad o emisión del comprobante de pago	Observación	IMPORTE S/.	RESULTADO
Administración de Empresas SAC	POLIZA SCTR - SALUD	229-00000000395		No indica	15,306.69	CUMPLE
Administración de Empresas SAC	POLIZA SCTR - SALUD	229-00000000533		No indica	15,364.00	
Administración de Empresas SAC	POLIZA SCTR - SALUD	229-00000000774		No indica	30,987.41	
Administración de Empresas SAC	POLIZA SCTR - SALUD	229-00000000819		No indica	14,425.87	
Administración de Empresas SAC	POLIZA SCTR - SALUD	229-00000001114		No indica	14,340.02	
Administración de Empresas SAC	POLIZA SCTR - SALUD	229-00000001181		No indica	14,983.18	
Administración de Empresas SAC	POLIZA SCTR - SALUD	229-00000001423		No indica	14,898.55	
Administración de Empresas SAC	POLIZA SCTR - SALUD	229-00000001870		No indica	14,067.23	
Administración de Empresas SAC	POLIZA SCTR - SALUD	229-00000001959		No indica	14,072.86	
Administración de Empresas SAC	POLIZA SCTR - SALUD	229-00000002242		No indica	28,955.32	
TOTAL					177,401.13	

RESULTADO DE CALIFICACION	CUMPLE
---------------------------	--------

4

AS

Off

A CAPACIDAD LEGAL  
HABILITACION

No.	REQUISITO	ACREDITACION
	Item 1. Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Salud	Copia simple del documento del registro emitido por la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD

C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

No.	REQUISITO	ACREDITACION
1	<p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 150,000.00 (Ciento cincuenta mil con 00/100 Soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los últimos 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>En el caso de postores que declaren en el Anexo 1º tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/. 14,000.00 (Catorce mil con 00/100 Soles), por la venta 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. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Contratación de Pólizas de Seguros de Vida y/o seguros de accidentes personales y/o SCTR Salud y/o SCTR Pensión y/o seguro de desgravamen</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 pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

ENTIDAD	CERTIFICADO	RIAPA	OBSERVACION	RESULTADO
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	REGISTRO DE INSTITUCION ADMINISTRADORA DE FONDOS DE SEGURO EN SALUD	Código Único N° 20002		CUMPLE

MIYPE	SI	NO	X			
CLIENTE	Descripción	Nro de Contrato / Orden de Servicio / Comprobante de pago	Fecha de conformidad o emisión del comprobante de pago	Observación	IMPORTE S/.	RESULTADO
Sistema de Administración Hospitalaria sac	SEGURO SCTR - SALUD	F027-00334141		No indica	65,699.99	
Sistema de Administración Hospitalaria sac	SEGURO SCTR - SALUD	F027-0058482		No indica	40,500.93	
Sistema de Administración Hospitalaria sac	SEGURO SCTR - SALUD	F027-00383069		No indica	39,370.50	
Sistema de Administración Hospitalaria sac	SEGURO SCTR - SALUD	F027-00355108		No indica	14,411.66	CUMPLE
Sistema de Administración Hospitalaria sac	SEGURO SCTR - SALUD	F027-00384101		No indica	29,603.89	
Sistema de Administración Hospitalaria sac	SEGURO SCTR - SALUD	F027-00407548		No indica	54,640.64	
TOTAL						244,227.61

RESULTADO DE CALIFICACION	CUMPLE
---------------------------	--------


## ITEM 2

A CAPACIDAD LEGAL  
HABILITACION

No.	REQUISITO	ACREDITACION
	Item 2, Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Pensión	Copia simple del documento que acredite el registro de la aseguradora en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - Servicio o del Certificado de autorización de funcionamiento expedido por la SBS. En caso de instituciones públicas bastará con la presentación de la copia de D.S No. 009-97-SA

## C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

No.	REQUISITO	ACREDITACION
1	<p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 150,000.00 (Ciento cincuenta mil con 00/100 Soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los últimos 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>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acreditará la experiencia de S/. 14,000.00 (Catorce mil con 00/100 Soles), de 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. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Contratación de Pólizas de Seguros de Vida Y/o seguros de accidentes personales y/o SCTR Salud y/o SCTR Pensión y/o seguro de desgravamen</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 pago, correspondientes a un máximo de veintite (20) contrataciones.</p>

## OFICINA DE NORMALIZACION PREVISIONAL - ONP

ENTIDAD	CERTIFICADO	RESOLUCION	OBSERVACION	RESULTADO
				CUMPLE

MIPE	SI	NO	X
------	----	----	---

CLIENTE	Descripción	Nro de Contrato / Orden de Servicio / Comprobante de pago	Fecha de conformidad o emisión del comprobante de pago	Observación	IMPORTE S/.	RESULTADO
Instituto Nacional de Salud	SCTR - Pensión	F008-00011839		No indica	97,656.00	
Instituto Nacional de Salud	SCTR - Pensión	F008-00011850		No indica	103,996.97	
Instituto Nacional de Salud	SCTR - Pensión	F008-00011856		No indica	121,168.79	
Instituto Nacional de Salud	SCTR - Pensión	F008-00032339		No indica	103,804.30	
Instituto Nacional de Salud	SCTR - Pensión	F008-00032341		No indica	109,157.39	CUMPLE
Instituto Nacional de Salud	SCTR - Pensión	F008-00034103		No indica	110,200.81	
Instituto Nacional de Salud	SCTR - Pensión	F008-00037518		No indica	121,360.20	
Instituto Nacional de Salud	SCTR - Pensión	F008-00036686		No indica	113,816.38	
TOTAL					880,660.84	

RESULTADO DE CALIFICACION	CUMPLE
---------------------------	--------

A CAPACIDAD LEGAL  
HABILITACION

No.	REQUISITO	ACREDITACION
	Item 2. Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Pensión	Copia simple del documento que acredite el registro de la aseguradora en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - Servicio o del Certificado de autorización de funcionamiento expedido por la SBS. En caso de Instituciones públicas bastará con la presentación de la copia de D.S No. 009-97-SA

ENTIDAD	CERTIFICADO	RESOLUCION	OBSERVACION	RESULTADO
Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	Certificado de autorización de funcionamiento expedido por la SBS	2836-2017		CUMPLE

C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

No.	REQUISITO	ACREDITACION
1	<p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 150,000.00 (Ciento cincuenta mil con 00/100 Soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los últimos 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>En el caso de postores que declaren en el Anexo Nº 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/. 14,000.00 (Catorce mil con 00/100 Soles), por la venta 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. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Contratación de Pólizas de Seguros de Vida y/o seguros de accidentes personales y/o SCTR Salud y/o SCTR Retiro y/o seguro de desgravamen</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 pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

CLIENTE	DESCRIPCION	Nro de Contrato / Orden de Servicio / Comprobante de pago	Fecha de conformidad o emisión del comprobante de pago	OBSERVACION	IMPORTE S/.	RESULTADO
SOUTHERN PERU COPPER CORPORATION	SEGURO VIDA LEY	001-1371725		No indica	85,104.36	
SOUTHERN PERU COPPER CORPORATION	SEGURO VIDA LEY	001-1385688		No indica	83,940.07	
SOUTHERN PERU COPPER CORPORATION	SEGURO VIDA LEY	001-1400663		No indica	85,662.34	
TOTAL					254,706.77	CUMPLE

RESULTADO DE CALIFICACION					
CUMPLE					

ITEM 2

A CAPACIDAD LEGAL  
HABILITACION

CRECER SEGUROS SA COMPAÑIA DE SEGUROS

No.	REQUISITO	ACREDITACION
	Item 2. Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Pensión	Copia simple del documento que acredite el registro de la aseguradora en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - Servicio o del Certificado de autorización de funcionamiento expedido por la SBS. En caso de instituciones públicas bastará con la presentación de la copia de D.S No. 009-97-SA

ENTIDAD	CERTIFICADO	RESOLUCION	OBSERVACION	RESULTADO
Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	Certificado de autorización de funcionamiento expedido por la SBS	5534-2015		CUMPLE

C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

No.	REQUISITO	ACREDITACION
1	El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 150,000.00 (Ciento cincuenta mil con 00/100 Soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los últimos 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. En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acreditará una experiencia de S/. 14,000.00 (Catorce mil con 00/100 Soles), por la venta 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. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa. Se consideran servicios similares a los siguientes: Contratación de Pólizas de Seguros de Vida Y/o seguros de accidentes personales y/o SCTR Salud y/o SCTR Pensión y/o seguro de desgravamen	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 fehaciente; 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 pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

MIYPE	SI	NO	X			
CLIENTE	Descripción	Nro de Contrato / Orden de Servicio / Comprobante de pago	Fecha de conformidad o emisión del comprobante de pago	Observación	IMPORTE S/.	RESULTADO
Seguro Social de Salud - ESSALUD	POLIZA DE SEGUROS VIDA	4600054455	05.05.2021	No indica	9,212,375.41	CUMPLE
TOTAL					9,212,375.41	

RESULTADO DE CALIFICACION						
CUMPLE						



ITEM 2

MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA

A CAPACIDAD LEGAL  
HABILITACION

No.	REQUISITO	ACREDITACION
	Item 2. Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Pensión	Copia simple del documento que acredite el registro de la aseguradora en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - Servicio o del Certificado de autorización de funcionamiento expedido por la SBS. En caso de instituciones públicas bastará con la presentación de la copia de D.S. No. 008-97-SA

ENTIDAD	CERTIFICADO	RESOLUCION	OBSERVACION	RESULTADO
Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	Certificado de autorización de funcionamiento expedido por la SBS	1229-1998		CUMPLE

C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

No.	REQUISITO	ACREDITACION
1	El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 150,000.00 (Ciento cincuenta mil con 00/100 Soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los últimos 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. En el caso de postores que declaren en el Anexo Nº 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acreditará una experiencia de S/. 14,000.00 (Catorce mil con 00/100 Soles), por la venta 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. En el caso de consorcios, los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa. Se consideran servicios similares a los siguientes: Contratación de Pólizas de Seguros de Vida y/o seguros de accidentes personales y/o SCTB Salud y/o SCTR Pensión y/o seguro de desgravamen	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 pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

CLIENTE	Descripción	Nro de Contrato / Orden de Servicio / Comprobante de pago	Fecha de conformidad o emisión del comprobante de pago	Observación	IMPORTE S/.	RESULTADO
Universidad Nacional Agraria la Molina	Seguro Contra Accidentes para estudiantes	029-2017-UNALM	01.09.2021	No indica	769,000.00	CUMPLE
ONAC PIURA	Póliza de Seguros para ONAC PIURA	01186-2017-ONPSAC	30.03.2021	No indica	860,688.55	
TOTAL					1,629,688.55	

RESULTADO DE CALIFICACION

CUMPLE

LA POSITIVA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS

ITEM 2

A CAPACIDAD LEGAL  
HABILITACION

No.	REQUISITO	ACREDITACION
	Item 2. Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Pensión	Copia simple del documento que acredite el registro de la aseguradora en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP - Servicio o del Certificado de autorización de funcionamiento expedido por la SBS. En caso de instituciones públicas bastará con la presentación de la copia de la Ley N.º 30048-2018.

ENTIDAD	CERTIFICADO	RESOLUCION	OBSERVACION	RESULTADO
Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	Certificado de autorización de funcionamiento expedido por la SBS	1524-2005		CUMPLE

C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

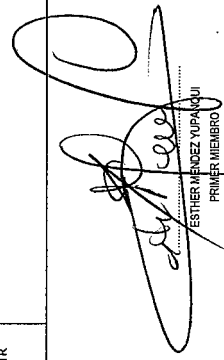
MIPE	SI	NO	X
------	----	----	---

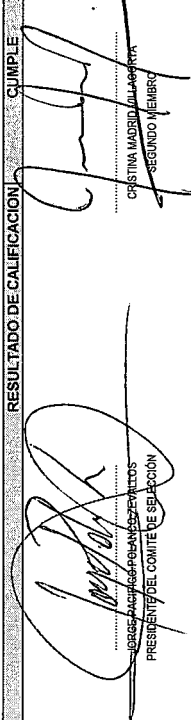
No.	REQUISITO	ACREDITACION
1	El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 150,000.00 (Ciento cincuenta mil con 00/100 Soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los últimos ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.  En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/. 14,000.00 (Catorce mil con 00/100 Soles), por la venta 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. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.  Se consideran servicios similares a los siguientes: Contratación de Pólizas de Seguros de Vida y/o seguros de accidentes personales y/o SCTR Salud y/o SCTR Pensión y/o seguro de desgravamen	La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de: (i) contratos u ordenes 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 pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

CLIENTE	Descripción	Nro de Contrato / Orden de Servicio / Comprobante de pago	Fecha de conformidad o emisión del comprobante de pago	Observación	IMPORTE S/.	RESULTADO
Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	Seguros de Vida Ley	S/N DE FECHA 21.03.2017	21.03.2019	No indica	335,562.37	CUMPLE
TOTAL					335,562.37	

RESULTADO DE CALIFICACION

CUMPLE

  
ESTHER MÉNDEZ YUPANQUI  
PRIMER MIEMBRO

  
CRISTINA MADRID ALVARADO  
SEGUNDO MIEMBRO