

ACTA DE EVALUACION, CALIFICACIÓN DE OFERTAS Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

CONCURSO PUBLICO N° 023-2023-MML-OGA-OL

"CONTRATACIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PENSIÓN Y SALUD PARA EL PERSONAL DE LA MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA"

En la ciudad de Lima, siendo el día **15 de febrero de 2024**, se reunieron los miembros conformantes del Comité de Selección, designado mediante **Formato de Designación de Comité de Selección N° 124-2023**, encargado de conducir y desarrollar el procedimiento de selección **CONCURSO PUBLICO N° 023-2023-MML-OGA-OL**, cuyo objeto de convocatoria es la "CONTRATACIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PENSIÓN Y SALUD PARA EL PERSONAL DE LA MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA".

Miembros Participantes y Quorum

El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones se logró con la participación de los siguientes miembros:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	DEPENDENCIA
Fernando Herman Santa María Dextre	Presidente Titular	Subgerencia de Logística Corporativa
Fernando Lully Martínez Márquez	Primer Miembro Titular	Oficina de Gestión de Recursos Humanos
Xenia Dalila Villanueva Tello de Goytizolo	Segundo Miembro Titular	Oficina de Gestión de Recursos Humanos

DESARROLLO DE LA SESIÓN DE COMITÉ

PRIMERO:

En el presente procedimiento de selección, de siete (07) participantes registrados en el SEACE, dos (02) de ellos presentaron sus ofertas, según se detallan:

Cuadro N° 01

Detalle de los participantes que registraron sus ofertas

N°	POSTOR	RUC	Fecha de Presentación	Hora de Presentación
1	CONSORCIO PROTECTA - SANITAS	SANITAS PERU S.A. - EPS 20523470761	05/02/2024	18:43
		PROTECTA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS 20517207331		
3	CONSORCIO MAPFRE PERU - MAPFRE PERU EPS	MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS 20418896915	05/02/2024	22:32
		MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD 20517182673		

Asimismo, atendiendo a lo dispuesto en el numeral 9.10 del artículo 9 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, el comité de selección verificó la vigencia del Registro Nacional de Proveedores de los postores:

Cuadro N° 02
Resultado de la revisión del RNP del participante (Capítulo de Servicios)

N°	POSTOR		RUC	Fecha de Registro
1	CONSORCIO PROTECTA - SANITAS	SANITAS PERU S.A. - EPS	20523470761	02/12/2023
		PROTECTA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	20517207331	20/06/2019
3	CONSORCIO MAPFRE PERU - MAPFRE PERU EPS	MAPFRE PERU COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	20418896915	20/07/2022
		MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	20517182673	03/02/2017

SEGUNDO:

Considerando lo dispuesto en el artículo 73 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, el Comité de Selección procedió a verificar la presentación de los documentos para la admisión de las ofertas de los postores, obteniendo el siguiente resultado:

N°	DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA	POSTORES	
		CONSORCIO PROTECTA - SANITAS	CONSORCIO MAPFRE PERU - MAPFRE PERU EPS
a)	Declaración jurada de datos del postor. (Anexo N° 1)	CUMPLE	CUMPLE
b)	Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta	CUMPLE	CUMPLE
c)	Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2) .	CUMPLE	CUMPLE
d)	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
e)	Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. (Anexo N° 4)	CUMPLE	CUMPLE
f)	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	CUMPLE
g)	El precio de la oferta en Soles. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 6	CUMPLE	CUMPLE
Resultado de la Verificación		ADMITIDA	ADMITIDA

M
A

+

TERCERO:

El Presidente del Comité de Selección indicó que luego de la admisión de las ofertas de los postores participantes, corresponde llevar a cabo la evaluación, según el factor de evaluación establecido en las bases:

A. PRECIO
Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor, según la siguiente fórmula:
$P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$
i= Oferta P _i = Puntaje de la oferta a evaluar O _i =Precio i O _m = Precio de la oferta más baja PMP=Puntaje máximo del precio

Obteniéndose el siguiente resultado:

VALOR ESTIMADO		S/ 11'320,283.04	
POSTORES	MONTO TOTAL DE LA OFERTA S/	PUNTAJE TOTAL OBTENIDO %	ORDEN DE PRELACIÓN
CONSORCIO PROTECTA - SANITAS	3'557,164.04	100.00	1
CONSORCIO MAPFRE PERU - MAPFRE PERU EPS	7'192,630.43	49.46	2

CUARTO:

Determinado el orden de prelación se procedió a Calificar a los postores que obtuvieron el primer y segundo lugar en el orden de prelación, verificando que cumplan con los requisitos de calificación establecidas en las bases integradas.

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	POSTORES	
	CONSORCIO PROTECTA - SANITAS	CONSORCIO MAPFRE PERU - MAPFRE PERU EPS
A. CAPACIDAD LEGAL		
HABILITACIÓN	CUMPLE	CUMPLE
B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	CUMPLE	CUMPLE
ESTADO DE LA OFERTA	CALIFICA	CALIFICA

QUINTO:

Culminada la calificación de ofertas, en mérito al artículo 76 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado (RLCE) que indica: "Previo al otorgamiento de la buena pro, el comité de selección revisa las ofertas económicas que cumplen con los requisitos de calificación, de conformidad con lo establecido para el rechazo de ofertas, previsto en el artículo 68 de ser el caso"; se procedió a verificar si las ofertas calificadas se encuentran previstas dentro de los supuestos del artículo mencionado, verificando que la oferta calificada del postor **CONSORCIO**

PROTECTA - SANITAS que ocupó el primer lugar en orden de prelación, se encuentran **sustancialmente por debajo del valor estimado**; en ese sentido, se solicitó al postor la presentación de los elementos constitutivos de su oferta y a la Oficina de Gestión de Recursos Humanos, en su calidad e área usuaria, el apoyo en determinar si la información presentada por el postor mencionado, contiene la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de su oferta, que permita determinar que la prestación se encontraría debidamente presupuestada y no suscite dudas razonables sobre el cumplimiento del contrato

Sobre el particular, mediante Memorando N° 353-2024-MML-OGA-OGRH e Informe N° D000010-2024-MML-OGA-OGRH-ABS, la Oficina de Gestión de Recursos Humanos, luego de la revisión de los elementos constitutivos presentados por el postor **CONSORCIO PROTECTA - SANITAS**, concluye que la información es correcta según la consulta efectuada al bróker y que avalan dicha opinión.

SEXTO:

Finalmente, el Comité de Selección por unanimidad, decidió otorgar la Buena Pro del **CONCURSO PUBLICO N° 023-2023-MML-OGA-OL**, cuyo objeto de convocatoria es la **"CONTRATACIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PENSIÓN Y SALUD PARA EL PERSONAL DE LA MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA"**, al postor **CONSORCIO PROTECTA - SANITAS**, conformado por **SANITAS PERU S.A. - EPS** con RUC 20523470761 y **PROTECTA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** con RUC 20517207331, por el monto de su oferta de **S/ 3'557,164.04 (Tres millones quinientos cincuenta y siete mil ciento sesenta y cuatro con 00/100 soles)**.

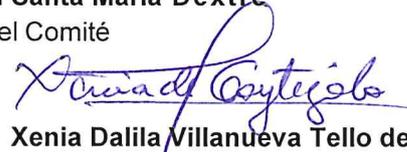
No habiendo más temas que tratar, se concluye la sesión, expresando los miembros de Comité del Selección su conformidad y adhesión a la presente acta.



Fernando Luilly Martínez Márquez
Primer Miembro



Fernando Herman Santa María Dextre
Presidente del Comité



Xenia Dalila Villanueva Tello de Goytizolo
Segundo Miembro

CUADRO DE CALIFICACIÓN DE OFERTAS
CONCURSO PÚBLICO N° 023-2023-MML-OGA-OL

"CONTRATACIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PENSIÓN Y SALUD PARA EL PERSONAL DE LA MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA"

POSTOR: CONSORCIO PROTECTA - SANITAS		ORDEN DE PRELACION: 1			
REQUISITOS DE CALIFICACION					
A. CAPACIDAD LEGAL					
<p>Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorización de funcionamiento para la prestación del servicio de pólizas de seguros expedida por la Superintendencia de Banca y Seguros y/o Administradoras de Fondos. • Para el caso de SCTR - Salud, se presentará la autorización de funcionamiento expedida por la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD o Certificado de Registro de Administradora de Fondos de Aseguramiento de Salud emitido por la superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD. 					
<p>Acreditación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de la autorización de funcionamiento vigente para la prestación del servicio de pólizas de seguros expedida por la Superintendencia de Banca y Seguros y/o Administradoras de Fondos. • Documento que deba de contar con una antigüedad no mayor a 60 días, así mismo podrá acreditarse con copia simple del Certificado emitido por la Superintendencia de Banca y Seguros con una antigüedad no mayor de 60 días calendario a la presentación de la oferta. • Tratándose de entidad pública: copia de decreto supremo N° 009-97-SA - Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, en la cual la ONP recibe por encargo del estado emitir el SCTR y en donde se le asignan funciones a la ONP (Oficina de Normalización Previsional) • Copia simple del Certificado de registro como EPS emitido por SUSALUD y Seguros con una antigüedad no mayor de 60 días calendario a la presentación de la oferta 					
<p>B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 4'000,000.00 (CUATRO MILLONES 00/100 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. Se consideran servicios similares a los siguientes Seguro Vida y/o Seguro Desgravamen y/o Planes de Salud EPS y/o Seguro de Accidentes Personales.</p>					
Tipo de documento	N°	Vigencia	Expedido por :	Fecha	Observaciones
Certificado	S/N referida a resolución SBS N° 1842-2007	Vigente	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	24/01/2024	
Certificado de Registro de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento de Salud	Código Único N° 20005	Vigente	Superintendencia Nacional de Salud	13/07/2016	
VR =		S/ 11,320,283.04	CUMPLE/NO CUMPLE:		CUMPLE
Folios		Monto	Experiencia requerida =		S/ 4,000,000.00
Tipo y Numero de Documento		Cumple (SI/NO)		Observación:	
Factura N° F002-00434547	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00464074	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00476901	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00513350	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00556639	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00588129	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00626426	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00643231	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00671441	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00703627	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00739470	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00763864	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00794002	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00824067	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00857770	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00886826	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00927381	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00956923	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-01008600	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	SI			
Factura N° F002-00436296	Banco Interamericano de Finanzas	SI			
SUMA		S/ 4,282,555.00	CUMPLE/NO CUMPLE:		CUMPLE
CALIFICA					

CONDICION: (CALIFICA/ NO CALIFICA)

CUADRO DE CALIFICACIÓN DE OFERTAS
CONCURSO PÚBLICO N° 023-2023-IMML-OGA-OL

"CONTRATACIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PENSIÓN Y SALUD PARA EL PERSONAL DE LA MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA"

POSTOR: CONSORCIO MAPFRE PERU - MAPFRE PERU EPS		ORDEN DE PRELACIÓN: 2				
REQUISITOS DE CALIFICACION						
A. CAPACIDAD LEGAL						
HABILITACION						
Requisitos:	Tipo de documento	N°	Vigencia	Expedido por :	Fecha	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Autorización de funcionamiento para la prestación del servicio de pólizas de seguros expedida por la Superintendencia de Banca y Seguros y/o Administradoras de Fondos. • Para el caso de SCTR – Salud, se presentará la autorización de funcionamiento expedida por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD o Certificado de Registro de Administradora de Fondos de Aseguramiento de Salud emitido por la superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD. 	Certificado	S/N referida a resolución SBS N°1229-1998	Vigente	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP	24/01/2024	
<p>Acreditación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia de la autorización de funcionamiento vigente para la prestación del servicio de pólizas de seguros; expedida por la Superintendencia de Banca y Seguros y/o Administradoras de Fondos, documento que deberá de contar con una antigüedad no mayor a 60 días, así mismo podrá acreditarse con copia simple del Certificado emitido por la Superintendencia de Banca y Seguros con una antigüedad no mayor de 60 días calendario a la presentación de la oferta. • Tratándose de entidad pública: copia de decreto supremo N° 009-97-SA - Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, en la cual la ONP recibe por encargo del estado emitir el SCTR, y en donde se le asignan funciones a la ONP (Oficina de Normalización Previsional) • Copia simple del Certificado de registro como EPS emitido por SUSALUD y Seguros con una antigüedad no mayor de 60 días calendario a la presentación de la oferta 	Certificado de Registro de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento de Salud	2	Vigente	Superintendencia Nacional de Salud	04/10/2007	
		VR =	S/ 11,320,283.04	CUMPLE/NO CUMPLE:	S/ 4,000,000.00	CUMPLI :
B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		Folios	Monto	Cumple (SI/NO)	Observaciones	
El postor debe acreditar un monto (acumulado equivalente a S/ 4,000,000.00 (CUATRO MILLONES 00/100 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. Se considerarán servicios similares a los siguientes Seguro Vida Ley y/o Seguro Desgravamen y/o Planes de Salud EPS y/o Seguro de Accidentes Personales.		Univ. Nacional Agraria La Molina	S/ 769,000.00	SI		
		54-66	S/ 2,811,869.49	SI	US\$ 860,688.55 / C. 3.267	
		67-85	S/ 693,239.91	SI	US\$ 212,454.77 / C. 3.263	
		SUMA	S/ 4,274,109.40	CUMPLE/NO CUMPLE:	CUMPLE	
CONDICION: (CALIFICA/ NO CALIFICA)		CALIFICA				

