

FORMATO N° 13

ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:
SERVICIOS EN GENERAL

| | | |
|---|----------------|---------------------------------|
| 1 | NÚMERO DE ACTA | 004-2024 - AS N° 12-2024-MDS-CS |
|---|----------------|---------------------------------|

SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL

- 2 En, el Distrito de Surquillo, al día 01 del mes de agosto del año 2024, en el local del de la Municipalidad Distrital de Surquillo - Oficina de Abastecimiento, a las 16:30 horas, se reunieron los miembros del comité de selección designados mediante Resolución Jefatural N° D000101-2024-OGA-MDS 05-07-2024, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de Adjudicación Simplificada N° 12-2024-MDS-CS, cuyo objeto de convocatoria es la Contratación del Servicio de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR SALUD de la Municipalidad Distrital de Surquillo, a fin de efectuar la APERTURA ELECTRONICA DE OFERTAS, ADMISIÓN, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS presentadas y CALIFICACIÓN de la oferta correspondiente según orden de prelación.

SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)

El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros:

| | | | | | | |
|---|-----------------|---------------------------------------|----------|---|--------------|------------------------------|
| 3 | Presidente | KARINA JACQUELINE BALDEON CASTILLO | Titular | X | Dependencia: | OGRH |
| | | | Suplente | | | |
| | Primer Miembro | MAGALY DURAND TEJADA | Titular | X | Dependencia: | OGRH |
| | | | Suplente | | | |
| | Segundo Miembro | VÍCTOR HELÍ MINAYA CARRILLO | Titular | X | Dependencia: | OFICINA DE ABASTECIMIENTO |
| | | | Suplente | | | |

DETALLE DE LOS PARTICIPANTES

De acuerdo con el cronograma establecido en las bases, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores:

| | | | |
|---|----|--|-------------|
| 4 | N° | Nombre o razón social del participante | RUC |
| | 1 | SANITAS PERÚ S.A EPS | 20523470761 |
| | 2 | MAPFRE PERU EPS | 20517182673 |

DETALLE DE LOS POSTORES

En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron a través del SEACE sus ofertas:

| | | | | |
|---|----|----------------------------------|-----------------------|----------------------|
| 5 | N° | Nombre o razón social del postor | Fecha de presentación | Hora de presentación |
| | 1 | SANITAS PERÚ S.A EPS | 24/07/2024 | 15:22:23 |
| | 2 | MAPFRE PERU EPS | 24/07/2024 | 22:17:11 |

- 6 Acto seguido, se procede con la apertura de las ofertas de los mencionados postores, y con 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.

DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS

De acuerdo con la revisión efectuada, se ha determinado no ADMITIR la propuesta de la empresa MAPFRE PERÚ EPS.

| | | | |
|---|----|----------------------------------|--|
| 7 | N° | Nombre o razón social del postor | Consignar las razones para su no admisión |
| | 1 | MAPFRE PERU EPS | PROPUESTA ECONÓMICA MUY ELEVADA, A PESAR DE HABERSE SOLICITADO AL POSTOR CON CORREO ELECTRÓNICO DEL 25-07-2024 A LAS 16:03 HORAS, LA REDUCCIÓN O ADECUACIÓN AL VALOR ESTIMADO DEL PROCESO, SIN RESPUESTA ALGUNA. |

FORMATO N° 13

**ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:
SERVICIOS EN GENERAL**

DETALLE DE LAS OFERTAS QUE FUERON ADMITIDAS Y QUE PASAN A EVALUACIÓN

De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas fueron admitidas por lo que se procederá con su evaluación:

| | | | |
|---|----|----------------------------------|---------------------------|
| 8 | N° | Nombre o razón social del postor | Item(s) a los que postula |
| | 1 | SANITAS PERÚ S.A EPS | 1 |

EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

9.1 DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA

| | | | | |
|---|----|----------------------------------|---------------------|----------------------|
| 9 | N° | Nombre o razón social del postor | Precio de su oferta | % del valor estimado |
| | 1 | SANITAS PERÚ S.A EPS | 133,787.43 | 54.42 |
| | 2 | | | |

9.2

DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS EN CONCORDANCIA CON LOS FACTORES DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS EN LAS BASES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

La evaluación de las ofertas se detalla en el cuadro de Evaluación de Ofertas, según Anexo N°01 que forma parte de la presente Acta.

PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES

COMPLETAR EL DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE CADA POSTOR

| | | | |
|----|------|---------------------------------------|------------------|
| 10 | 10.1 | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1 | SANITAS PERÚ EPS |
| | | FACTORES | PUNTAJES |
| | | PRECIO | 100.000 |
| | | SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES | 100.000 |

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

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

| | | | |
|----|--------------------------|----------------------------------|---------------|
| 11 | N° DE ORDEN DE PRELACIÓN | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR | PUNTAJE TOTAL |
| | 1 | SANITAS PERÚ EPS | 100 |
| | | | |

Nota.- En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación.

CALIFICACIÓN

Luego de culminada la evaluación, el comité de selección determinó al que obtuvo el primer lugar que cumple con los requisitos de calificación detallados en las bases:

| | | | |
|----|------|---|------------------|
| 12 | 12.1 | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1 | SANITAS PERÚ EPS |
| | | REQUISITOS DE CALIFICACIÓN | CUMPLE NO CUMPLE |
| | | A CAPACIDAD LEGAL | X |
| | | HABILITACIÓN | |
| | | B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD | X |
| | | RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN | CALIFICA |

12.3 DETALLE DE LA CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS

La calificación de la oferta se detalla en el cuadro de Calificación, según Anexo N°02 que forma parte de la presente Acta.

RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN

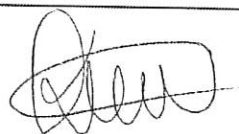

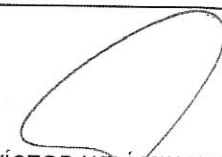
De acuerdo a la calificación realizada, el postor que obtuvo el 1°er lugar en orden de prelación, cumple con los requisitos de calificación establecidos en las bases:

FORMATO N° 13

**ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:
SERVICIOS EN GENERAL**

| | | | |
|----|---|--|---|
| 13 | N° | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR | |
| | 1 | SANITAS PERÚ EPS | |
| | DE SER EL CASO INCLUIR: | | |
| | Asimismo, los siguientes postores fueron descalificados por no cumplir los requisitos de calificación especificados en las bases: | | |
| | N° | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR | CONSIGNAR LAS RAZONES DE SU DESCALIFICACIÓN |
| | 1 | | |
| | 2 | | |
| | ... | | |

| | |
|----|--|
| 14 | ACUERDO ADOPTADO |
| | 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. |


| | | |
|----|---|--|
| 15 |  KARINA JACQUELINE BALDEÓN CASTILLO NOMBRE Y FIRMA DEL PRESIDENTE DE COMITÉ DE SELECCIÓN | |
| |  MAGALY DURAND TEJADA NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER MIEMBRO |  VÍCTOR HELI MINAYA CARRILLO NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO MIEMBRO |
| | | |
| | | |


CUADRO DE DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA PARA LA ADMISIÓN DE LA OFERTA

"SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - SCTR SALUD, PARA EL PERSONAL DE LA MUNICIPALIDAD DE SURQUILLO"

| DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA PARA LA ADMISIÓN DE LA OFERTA, ESTABLECIDA EN EL CAPÍTULO II DE LA SECCIÓN ESPECÍFICA DE LAS BASES INTEGRADAS | | POSTORES | |
|---|--|------------------|----------------|
| | | SANTAS PERÚ S.A. | MAPFRE PERÚ |
| 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria | | | |
| 2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta | | | |
| a) Declaración jurada de datos del postor. (Anexo N° 1) | | ✓ | ✓ |
| Documentos 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. | | | |
| c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento (Anexo N° 2) | | ✓ | ✓ |
| 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) | | ✓ | ✓ |
| e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. (Anexo N° 4) | | ✓ | ✓ |
| 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 CORRESPONDE | NO CORRESPONDE |
| g) El precio de la oferta en Soles (S/). Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 6. | | ✓ | X |
| El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. | | | |
| IMPORTANTE : El comité de selección verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida. | | | |
| CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA Y REQUERIMIENTOS TÉCNICOS MÍNIMOS | | CUMPLE | CUMPLE |
| SITUACIÓN DE LA OFERTA | | ADMITIDA | NO ADMITIDA |

1/08/2024


KARINA JACQUELINE BALDEÓN CASTILLO
Presidente



MAGALY DURAND TEJADA
Vocal - Área Usuaria


VICTOR HELI MINAYA CARRILLO
Vocal - Área Logística

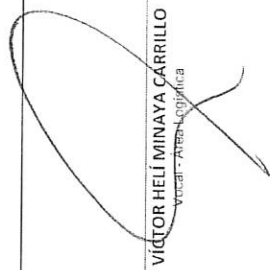
CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN ESTABLECIDOS EN LAS BASES INTEGRADAS

"SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - SCTR SALUD, PARA EL PERSONAL DE LA MUNICIPALIDAD DE SURQUILLO"

| N° | CAPACIDAD LEGAL | | EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD | | RESULTADO |
|----|------------------------|--|--|--|-----------|
| | HABILITACIÓN | | FACTURACIÓN | | |
| 1 | SANTITAS PERÚ S.A. EPS | <p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe contar con la autorización de funcionamiento, expedida por la SBS, conforme a lo señalado en la Ley N° 26702 o Decreto Supremo N° 009-1997-SA (de corresponder), Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud o emitida por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia simple de la autorización de funcionamiento expedida por la SBS, conforme a lo señalado en la Ley N° 26702 y/o copia simple del Decreto Supremo N° 009-1997-SA (de corresponder), Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud o copia del Certificado de Autorización de Funcionamiento otorgado por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).</p> | <p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 100,000 (Cien mil con 00/100) 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: Servicios de Seguros, SCTR, Pensión EPS, Vida Ley ó Seguros de Vida.</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 pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. 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 elección 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> | | CUMPLIO |
| | | <p><u>CUMPLE:</u> El postor presenta el Certificado de Registro de Institución Administradora de Fondos de Asseguramiento en Salud, del 13-07-2016.</p> | <p><u>CUMPLE:</u> El postor presenta el Anexo N° 8 con la documentación sustantaria respectiva, que acredita la experiencia en la prestación de servicios iguales o similares, que superan a los S/ 200,000.00 establecidos en las bases integradas, (folios del 27 al 28) Monto S/ 989,583.68.</p> | | |

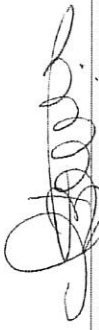

KARINA JACQUELINE BALDEÓN CASTILLO
Presidente


MAGALY DURAND TEJADA
Vocal - Área Usuaria


VÍCTOR HELI MINAYA CARRILLO
Vocal - Área Logística

CUADRO COMPARATIVO DE EVALUACIÓN DE OFERTAS, PUNTAJE TOTAL Y ORDEN DE PRELACIÓN
"SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - SCTR SALUD, PARA EL PERSONAL DE LA MUNICIPALIDAD DE SURQUILLO"

| A: PRECIO DE LA OFERTA: 100 PUNTOS | | | | | | | | | | ORDEN DE PRELACION | |
|------------------------------------|-----------------------|--|--|--|--|---|-------------------------------------|---|--------------------|--------------------|----------------------------|
| Nº | POSTORES | FORMULA : $PI = Om \times PMP / Oi$; Donde: | | | | APLICACIÓN DE LA FORMULA: $Om \times PMPE / Oi$ | | | | | PUNTAJE TOTAL DE LA OFERTA |
| | | i = Oferta | | | | OFERTA ECONOMICA DE MENOR COSTO | PUNTE MAXIMO DE LA OFERTA ECONOMICA | OFERTA ECONOMICA PRESENTADA POR EL POSTOR | PUNTE FACT. PRECIO | | |
| | | PI = Puntaje de la oferta a evaluar | | | | | | | | | |
| | | OI = Precio i | | | | | | | | | |
| | | Om = Precio de oferta más baja | | | | | | | | | |
| | | PMO = Puntaje máximo del precio. | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 1 | SANITAS PERÚ S.A. EPS | El postor presenta el Anexo 6 - Precio de la Oferta; por el monto total de S/ 133,787.43; que se encuentra dentro del margen del valor estimado aprobado por la Entidad. | | | | S/ 133,787.43 | 100 | S/ 133,787.43 | 100.00 | 1º | |
| | | | | | | | | | | | |


KARINA JACQUÉLINE BALDEÓN CASTILLO
Presidente


MAGALY DURAND TEJADA
Vocal - Área Usuariá


VÍCTOR HELÍ MINAYA CARRILLO
Vocal - Área Logística