

# ACTA DE EVALUACION, CALIFICACION DE OFERTAS Y OTORGAMIENTO DE BUENA PRO

## ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 01-2025 -SISOL/MML

En la ciudad de Lima, siendo el día 07 de mayo de 2025, en las instalaciones de la Unidad de Logística de SISOL, el Órgano Encargado de las Contrataciones.

El motivo de la presente acta, es la revisión de la documentación de las propuestas presentadas por los participantes inscritos dentro del periodo establecido en el cronograma del procedimiento de selección:

Se deja constancia que durante el periodo de registro de participantes, se inscribieron los siguientes postores de acuerdo al siguiente detalle:

Nro.	Tipo proveedor	RUC/Código	Nombre o Razón Social	Fecha de registro en el procedimiento	Estado
1	Proveedor con RUC	20431115825	PACIFICO S.A. ENT. PRESTADORA DE SALUD	2025-04-22 00:01:07.0	Válido
2	Proveedor con RUC	20517182673	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	2025-04-21 12:12:12.0	Válido
3	Proveedor con RUC	20601978572	LA POSITIVA S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	2025-04-25 15:48:43.0	Válido

Asimismo, se verifico en el sistema SEACE 3.0, que dentro del periodo establecido se presentó la oferta del siguiente postor:

RUC / Código	Nombre o Razón Social	Fecha Presentación	Hora Presentación	Forma de presentación
1	SEGURO COMPLEMENTARIO TRABAJO DE RIESGO - SCTR- SALUD			
20517182673	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	06/05/2025	21:28:01	Electronico

Acto seguido, se procede con la revisión del contenido de la oferta, a fin de verificar el cumplimiento de la presentación de los documentos obligatorios los cuales deben de evidenciar las condiciones exigidas en las bases, obteniéndose el siguiente resultado:

	DOCUMENTACION DE PRESENTACION OBLIGATORIA	POSTOR
		MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD
a)	Declaracion Jurada de datos del Postor - Anexo 1	CUMPLE
b)	Documento que acredite la representacion de quien suscribe la oferta. En caso de persona juridica , copia del certificado de vigencia del poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto. En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento analogo, 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 suscribe la promesa de consorcio, según corresponda	CUMPLE
c)	Declaracion Jurada de acuerdo con el literal b) del articulo 52 del Reglamento (Anexo N° 2)	CUMPLE
d)	Declaracion Jurada de cumplimiento de los Terminos de Referencia contenidas en el numeral 3.1 del Capitulo III de la presente seccion (Anexo N°3)	CUMPLE
e)	Declaracion Jurada de Plazo de entrega (Anexo N°4)	CUMPLE
f)	Promesa de Consorcio con firmas legalizadas de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante comun el domicilio comun y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio, asi com el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 5)	NO APLICA
g)	El precio de la oferta en soles , adjuntar obligatoriamente el (Anexo 6) El precio de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (02) decimales . Los precios unitarios pueden ser expresados con mas de dos (02) decimales	CUMPLE
	RESULTADO DE VERIFICACION	ADMITIDO

Acto seguido se procede a determinar el orden de prelación, según el puntaje establecido en los factores de evaluación:

N°	POSTOR	Monto Oferta S/	Puntaje	Orden de Praelación
1	MAPFRE PERU .S.A.- ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	40,993.93	100	1

Acto seguido se procede a verificar la documentación que sustenta los requisitos de calificación de los postores de acuerdo a lo tipificado en el RLCE, obteniendo como resultado el siguiente:

REQUISITOS DE CALIFICACION		
CAPACIDAD LEGAL		
A	HABILITACION	MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD
	<u>Requisitos:</u>	
	Certificado correspondiente al servicio SCTR SALUD , certificado de registro de EPS emitido por SUSALUD	
		CUMPLE
	<u>Acreditación:</u>	
	Copia simple del certificado de autorización por la Superintendencia Nacional de Salud ( SUSALUD) , para brindar la cobertura de los seguros.	
B	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	
	<u>Requisitos:</u>	
	El postor del SCTR- SALUD debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 230,000.00, objeto de la convocatoria de servicios iguales o similares durante los ocho (08) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas que se computan desde la fecha de conformidad o emisión de comprobantes de pago según corresponda. Se considera servicios similares :seguro de accidentes personales -SALUD y/o seguros de asistencia medica , los servicios de salud prestados por la entidades prestadora de salud.	
		cumple
	<u>Acreditación:</u>	
	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, re'porte de estado de cuenta , cualquier otro documento emitido por la entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago , correspondiente a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presente varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación , se debe acreditar que corresponden a dicha contratación de los contraio asumira que los comprobantes acreditan contrataciones independientes , en cuyo caso solo se consideraran para la evaluación las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el anexo 8 referida a la experiencia del postor en la especialidad.	

Posteriormente, luego de la verificación del cumplimiento de los Requisitos de Calificación establecidas en las bases integradas, se verifica que el Postor que quedo en 1er lugar en orden de Praelación **MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD**, cumple con los requisitos de calificación.

Como consecuencia de lo anteriormente descrito la Adjudicación Simplificada N° 01-2025 SISOL/MML, cuyo objeto es la "Contratación de Servicio de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo- SCTR- SALUD del Sistema Metropolitano de Solidaridad, otorga la Buena Pro a **MAPFRE PERU S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD**, por el monto de S/ 40,993.93 (Cuarenta mil novecientos noventa y tres con 93/100 soles )

Finalmente, se procede a publicar en el "Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado – SEACE" el presente documento y proceder con el registro del otorgamiento de la Buena Pro, de conformidad a lo establecido en el Artículo 63° del Reglamento de la Ley N° 30225.

No habiendo otro asunto que tratar, se firma la presente acta en señal de conformidad.

ORGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES