

TÉRMINOS DE REFERENCIA:

POLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA PRACTICANTES - FOLA

1. FINALIDAD PUBLICA:

La Póliza de Seguro de Asistencia Médica – Formación Laboral (FOLA), es parte de los seguros personales obligatorios que todas las Entidades del Estado (de acuerdo a ley) deben tener y que tiene por finalidad principal, asegurar el buen estado de salud de los practicantes en San Gabán S.A. a través de una cobertura de asistencia médica.

2. OBJETO DEL CONTRATO:

El presente requerimiento tiene por objeto contratar a una empresa de seguros para que emita una Póliza de Seguro de Asistencia Médica para Practicantes - FOLA, con experiencia suficiente para brindar la mencionada cobertura, a través de la red de Centros Médicos y Clínicas que tenga afiliadas la compañía de seguros a nivel regional y nacional, para un período de 675 días calendarios (22.5 meses), póliza obligatoria para asegurar a los practicantes de la Empresa de Generación Eléctrica San Gabán S.A.

3. ANTECEDENTES DE LA CONTRATACIÓN:

En forma periódica, FONAFE realiza la compra corporativa de las pólizas de seguros personales, pero en el último proceso de selección realizado en el mes de diciembre 2022 (Concurso Público N° 006-2022-FONAFE) no se adjudicó esta póliza; por lo tanto, San Gabán S.A. requiere contratar la póliza de seguro de asistencia médica FOLA para el período marzo 2023 – diciembre 2024; según Oficio Circular SIED 0191-2022—GSC-/FONAFE se autoriza a San Gabán gestionar la adquisición de la mencionada póliza.

4. SISTEMA DE CONTRATACIÓN:

El presente procedimiento se rige por el sistema de seguros en el país, a PRECIOS UNITARIOS de acuerdo a lo siguiente:

- Costo por Asegurado del área administrativa / oficina.
- Costo por Asegurado del área técnica / alto riesgo.

El número promedio de practicantes para el presente proceso se encuentra en el Anexo 5.1 adjunto.

5. SUBCONTRATACIÓN

Para el presente servicio no se aceptará la subcontratación parcial o total del servicio.

6. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS:

No aplica

NORMAS OBLIGATORIAS Y/O VOLUNTARIAS:

Aquellas que regulan a las empresas aseguradoras y reaseguradoras

7. ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SERVICIO

BENEFICIARIOS Y COBERTURA DE LA POLIZA:

De acuerdo a lo descrito en el objetivo general y objetivos específicos, la empresa de seguros que sea adjudicada y contratada, debe desarrollar lo siguiente:

7.1 BENEFICIARIOS. -

7.1.1 PRACTICANTES CON DERECHO A INSCRIBIRSE

SAN GABABÁN S.A. debe inscribir en forma obligatoria a todos los practicantes que tengan convenios de prácticas suscritos, sin límite de edad.

El término practicante que se emplea en los presentes Términos de Referencia, se refiere a cualquier practicante profesional o pre profesional, aprobado según el Reglamento de Prácticas de San Gabán S.A., bajo las normas de modalidades formativas laborales.

7.2 USO DEL PROGRAMA. -

SAN GABAN S.A. asume las primas correspondientes de acuerdo a los términos y condiciones de los presentes Términos de Referencia, la tabla de beneficios que se describen en el presente.

Los importes de los beneficios forman parte de los Términos de Referencia del Seguro de Asistencia Médica Practicantes – FOLA y el Slip Técnico correspondiente.

7.2.1 Elección de los centros médicos: El practicante afiliado podrá elegir cualquier centro médico afiliado, al momento para su atención médica ambulatoria y/o hospitalaria, con las cuales la Compañía de Seguros adjudicada tenga contrato o afiliado a su Red, a la sola presentación de su DNI.

7.2.2 Las clínicas proporcionaran servicios médicos, según las condiciones generales Slip descritas en los presentes términos de referencia.

7.3 SISTEMA DE REEMBOLSO

Los practicantes que tengan vigente su Convenio de Prácticas, pueden gestionar el reembolso de sus atenciones médicas, bajo las condiciones de los presentes términos de referencia y póliza contratada, pudiendo atenderse en otras clínicas, centros hospitalarios o médicos particulares, cuando sea necesario atenderse por las características particulares de la necesidad de atención y cuando los centros médicos afiliados a la compañía de seguros no puedan hacerlo. El usuario pagará por el servicio recibido y el expediente médico deberá presentarlo al área de Gestión Humana a más tardar hasta el día 20 de cada mes, para que ésta a su vez trámite ante la Compañía de Seguros contratada para gestionar el reembolso, para lo cual debe presentar toda la documentación descrita a continuación:

- Solicitud de beneficios debidamente llenada y firmada por el titular y el médico tratante.
- Recibo de honorarios médicos en original, a nombre de la persona tratada.
- Recetario médico, a nombre de la persona tratada.
- Factura de farmacia por compra de medicamentos recetados, en original, a nombre de la compañía de seguros.
- Resultado de análisis y otros exámenes, en caso de que estos hubieren sido prescritos (no necesariamente en original).
- Factura de análisis y otros exámenes ordenados en original, a nombre de la compañía de seguros.

En los casos de hospitalización, deberán presentar además de los documentos referidos:

- Informe médico completo.
- Factura de gastos con todo sus anexos y comprobantes, a nombre de la compañía de seguros.
- Otros documentos a criterio del médico auditor.

El reembolso por gastos particulares se efectuará considerando la tarifa mayor de la institución médica afiliada por similar servicio.

7.4 AMBITO DE ATENCION

La atención del Seguro de Asistencia Médica Practicantes – FOLA, abarcará a todo el territorio nacional peruano, bajo el sistema de crédito en los centros médicos afiliados o bajo el sistema de reembolso para las atenciones en los centros médicos no afiliados, debiendo cumplirse con lo indicado en el punto 7.9.2.

7.5 BENEFICIO MAXIMO

El presente Seguro de Asistencia Médica Practicantes – FOLA otorga un beneficio máximo a los practicantes de San Gabán S.A., detallado en la tabla de beneficios (Slip Técnico), los demás beneficios son a cuenta del beneficio máximo, o hasta el monto detallado en cada caso, según la tabla de beneficios adjunto.

7.6 EXCLUSIONES

7.6.1 GASTOS NO CUBIERTOS

Los gastos no cubiertos por el presente Seguro son los siguientes:

- Cirugía estética o de embellecimiento y cirugía plástica; a excepción de los necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por el Seguro de Asistencia Médica Practicantes – FOLA.
- Enfermedad o defectos físicos congénitos, salvo sean no conocidos y hasta el límite establecido en la póliza.
- Cura de reposo.
- Hospitalizaciones o gastos ambulatorios que tengan por objeto principal el chequeo médico o despistaje de enfermedades, el mismo que se cubre según las condiciones especiales descritas en la tabla de beneficios.
- Exámenes médicos periódicos, o en los que no haya síntomas de enfermedad, con excepción del chequeo estipulados en el plan.

- Las adquisiciones de anteojos, cristales, lentes de contacto, intraoculares y similares, de carácter estético.
- Enfermedades resultantes del uso o afición a las drogas, estupefacientes o alcoholismo, así como las lesiones por accidentes, que se ocasionan en situación de embriaguez o bajo la influencia de drogas.
- Lesiones que se hubieran causado voluntariamente o estando insano, o en peleas o riñas, salvo aquellas por legítima defensa, certificadas por denuncia policial.
- Accidente de trabajo y/o enfermedades profesionales, conforme a la ley del SCTR.
- Gastos por adquisición de sangre o plasma, salvo que se refieran a los materiales e implementos.
- Suicidio o intento de suicidio.
- Accidentes como consecuencia de la práctica de deportes considerados riesgosos y con alto índice de siniestralidad: sky, motocross, carrera de autos, aviación deportiva, caza submarina, paracaidismo.
- Tratamiento por infertilidad o esterilidad.
- Aborto provocado.
- Tratamiento para reducir de peso.
- Tratamiento para enfermedades mentales.
- Rehabilitación oral, ortodoncia, fluorizaciones, prótesis dental, salvo aquellas producidas por accidente.
- Gastos de operaciones de fimosis o circuncisión.
- Alimentos, leches maternizadas, tónicos y vitaminas salvo las que se indiquen como parte de un tratamiento médico, y tengan relación directa con la causa de la enfermedad y el alivio de los síntomas.
- Órgano para trasplante o indemnización por ellos.

Cualquier atención que se encuentre incursa dentro de las exclusiones anotadas, no será reconocida por la Compañía de Seguros y su costo deberá ser asumido por la institución médica contratada que otorgó el servicio.

Asimismo, en cuanto a la atención que se haya efectuado en alguna clínica o institución médica no afiliada, no procederá el reembolso y el importe será asumido directamente por el titular, salvo caso particular de emergencia que no pueda ser atendido en los centros o clínicas afiliadas a la compañía de seguros.

7.6.2 MEDICINAS NO CUBIERTAS POR EL SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA PRACTICANTES.

- Vitaminas, solo pueden ser cubierto para gestantes y en aquellos casos comprobados por análisis clínicos, y fármacos o vitaminas que contribuyan a superar la patología de un diagnóstico determinado.
- Hepatoprotectores, lipotróficos vacunas antibacterianas inespecíficas, antivirales.
- Encimáticos, fibrinolíticos y proteolíticos, salvo por prescripción médica especializada, por ejemplo en accidentes con patologías de coagulación.

7.6.3 GASTOS NO CONSIDERADOS

Todo gasto correspondiente a servicios médicos o asistenciales no considerados en el programa o que excedan sus montos de cobertura, será asumido íntegramente y directamente por el titular.

7.6.4 USO INDEBIDO DE LA POLIZA

El practicante que incurriera en uso irregular o doloso del Seguro de Asistencia Médica Practicantes – FOLA, como suplantación del afiliado, falsificación de documentos o autorizaciones o se benefició indebidamente con actos irregulares o dolosos en alguna institución médica, será inmediatamente separado del programa, debiendo asumir íntegra y directamente los gastos que se deriven de su acción, sin perjuicio de las acciones legales o administrativas que correspondan.

7.7 PROCEDIMIENTO DE ATENCION

El procedimiento de atención para hospitalizaciones, atenciones ambulatorias y emergencias, se encontrará descrito en el programa de la compañía de seguros adjudicada.

7.8 CAUSAS DE TÉRMINO DEL SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA PRACTICANTES - FOLA

Terminará automáticamente en la fecha en que se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- Término del plazo del convenio de prácticas, por renuncia, despido o alguna otra causa que motive su separación de la empresa.
- Por agotarse el beneficio máximo a que se tiene derecho en el periodo vigente.
- Cuando falleciera el afiliado y se aplicara la cobertura del pago de Primas, por la compañía de seguros, hasta la finalización de la vigencia anual del plan de seguros.

7.9 CONSIDERACIONES FINALES

7.9.1 ACCESO AL SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA PRACTICANTES - FOLA

Queda expresamente indicado que el presente programa es obligatorio contratar para los practicantes de San Gabán S.A.; por lo tanto, los inscritos tienen derecho a todos los beneficios y se someten a las condiciones establecidas en los presentes términos.

7.9.2 VIGENCIA DEL SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA PRACTICANTES - FOLA

La vigencia del Seguro de Asistencia Médica Practicantes FOLA, será por 675 días calendarios (22.5 meses); por lo tanto, todos los beneficios y coberturas en toda la red de instituciones médicas afiliadas a la compañía de seguros, será durante todo el período contratado.

7.10 ANEXO

Forman parte de La Póliza de Seguro de Asistencia Médica Practicantes FOLA y de los presentes Términos de Referencia, el Slip Técnico adjunto (Condiciones Generales, Tabla de beneficios, Relación de centros médicos y clínicas afiliadas y exclusiones).

8. SEGUROS:

NC

9. MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

NC

10. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN:

HABILITACIÓN
<p>Requisito: El postor deberá contar con autorización de Funcionamiento expedida por la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, conforme a lo señalado en la Ley N° 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros o de ser entidad pública, copia del Decreto Supremo que le autoriza la comercialización u emisión de seguros en el país.</p>
<p>Importante: De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</p>
<p>Acreditación: Copia simple de la Autorización de Funcionamiento. De ser entidad pública, copia del Decreto Supremo que le autoriza la comercialización u emisión de seguros en el país.</p>

11. PLAZO DE EJECUCIÓN:

El plazo previsto para la presente póliza es por 675 días calendarios (22.5 meses), contados a partir del día siguiente de la suscripción de la orden de servicio con la compañía de seguros.

12. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

El proveedor adjudicado brindará el servicio a nivel regional y nacional, en los centros médicos autorizados y/o clínicas de atención médica afiliadas.

13. REAJUSTES:

Durante la vigencia del contrato los precios se mantendrán fijos y no estarán sujetos a reajuste alguno, salvo que el gobierno nacional modifique el impuesto general a las ventas – IGV.

14. PENALIDAD POR MORA:

NC

15. OTRAS PENALIDADES:

No aplica

16. CONFIDENCIALIDAD:

El proveedor del servicio está obligado a guardar la confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso, queda prohibido revelar dicha información a terceros.

Esta obligación comprende la información que se le entregue, así como la que se genera durante la ejecución del servicio (expedientes o legajos, informes, evaluaciones, entrevistas, cuadros comparativos, conclusiones, recomendaciones y otros relacionados a servicio).

17. CONSIDERACIONES GENERALES A LOS PRODUCTOS:

NC

18. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA:

La Póliza de Asistencia Médica Practicantes – FOLA, permitirá a los practicantes de San Gabán S.A. la oportunidad de recibir atenciones médicas ambulatorias y hospitalarias en los Centros Médicos o Clínicas afiliadas a la Compañía de Seguros, la cobertura debe considerar además, las atenciones y/o tratamientos médicos vía reembolso, aprobados previamente por la Empresa.

La empresa de Seguros que se adjudique el presente servicio, debe garantizar las atenciones médicas en toda la red de Centros Médicos y Clínicas Especializadas que tengan afiliadas a nivel regional y nacional, a sola presentación de su documento de identidad (D.N.I.).

El plazo previsto para el presente proceso y contratación es por de 675 días calendarios (22.5 meses), contados a partir del día siguiente de suscrito el contrato con el proveedor adjudicado.

Los beneficiarios con la Póliza de Seguro de Asistencia Médica Practicantes – FOLA, son todos los practicantes de San Gabán S.A. que mantengan convenios de prácticas vigentes.

VICIOS OCULTOS:

La recepción conforme de la prestación por parte de LA EMPRESA, no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

19. RESOLUCIÓN DE ORDEN DE SERVICIO:

SAN GABÁN S.A. podrá resolver la orden de servicio en los siguientes casos:

- a. Cuando el proveedor del servicio incumpla injustificadamente obligaciones contractuales, pese a haber sido requerido para ello.
- b. Cuando el proveedor del servicio paralice o reduzca injustificadamente la ejecución de la prestación, pese a haber sido requerido para corregir tal situación.
- c. Cuando el proveedor del servicio manifiestamente no cumpla con las características y condiciones solicitadas, y no se haya efectuado la conformidad respectiva, sin que exista la necesidad de solicitar el requerimiento para el cumplimiento de la prestación.

En los casos señalados en los literales a) y b), SAN GABÁN S.A., a través del área usuaria mediante comunicación, requiere al proveedor del servicio que cumpla con ejecutar sus obligaciones en un plazo no mayor de quince (15) días calendarios, si

vencido dicho plazo el incumplimiento persiste, se comunica mediante carta simple la decisión de resolver la orden de servicio.

Cualquiera de las partes puede resolver la orden de servicio por caso fortuito, fuerza mayor, por hecho sobreviniente al perfeccionamiento de la orden que no sea imputable a las partes y que imposibilite de manera definitiva la continuación de la ejecución de la orden.

En el caso de que el proveedor del servicio solicitara la suspensión total o parcial de la orden de servicio, esta podrá ser aceptada, siempre que no cause perjuicio a SAN GABÁN S.A., siendo además necesario para el procedimiento de pago en caso corresponda (solo la parte atendida por el contratista) el informe del área usuaria.

En el caso que SAN GABÁN S.A., a través del área usuaria y el proveedor queden en resolver la orden de servicio, siempre que no haya de por medio el incumplimiento de entregables y/o información relevante para la empresa, el mismo que no ponga en riesgo las operaciones de SAN GABÁN S.A., se dará por finalizado la orden de servicio.

De ser factible y previa coordinación con el área usuaria, se podrá invitar al proveedor que ocupó el segundo lugar, de acuerdo con el cuadro comparativo y contando con el presupuesto correspondiente, para atender todo o el restante de la orden de servicio que se haya suspendido; de lo contrario, inicia una nueva indagación de mercado.

20. SANCIONES:

El proveedor del servicio se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, siendo aplicable lo previsto en el artículo 50 del TUO de la Ley de Contrataciones.

21. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO:

El proveedor del servicio declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación con la contratación.

Asimismo, el contratista se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución de la contratación, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacioncitas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, el contratista debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

El proveedor del servicio, a la presentación de su propuesta acepta tácitamente haber tomado conocimiento de indicado en los párrafos anteriores y se somete a las acciones legales que se deriven por el incumplimiento de los mismo durante la ejecución contractual, le da el derecho a SAN GABÁN S.A. de resolver automáticamente y de pleno derecho la Orden de Servicio, bastando para tal efecto que se remita una comunicación informando que se ha producido dicha resolución,

sin perjuicio de las acciones civiles, penales y administrativas que SAN GABÁN S.A. pueda accionar.

22. PRESTACIONES ACCESORIAS:

NC

23. REAJUSTES:

Durante la vigencia del contrato los precios se mantendrán fijos y no estarán sujetos a reajuste alguno, salvo que el gobierno nacional modifique el impuesto general a las ventas – IGV.

24. CONFORMIDAD:

La conformidad de la prestación del servicio será otorgada por el Jefe del Departamento de Gestión Humana.

25. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO

San Gabán S.A. propone realizar los pagos de la siguiente manera:

- 25% a los 60 días del inicio de la vigencia de la póliza.
- 25% a los 240 días del inicio de la vigencia de la póliza.
- 25% a los 420 días del inicio de la vigencia de la póliza.
- 25% a los 600 días del inicio de la vigencia de la póliza.

La compañía de seguros adjudicada podrá plantear el pago de forma mensual, de acuerdo a la cotización del que obtenga la Buena Pro, así como el derecho de emisión de la Póliza.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por la compañía de seguros, la Empresa debe contar con la siguiente documentación:

- Informe del funcionario responsable del Departamento de Gestión Humana emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.

Dicha documentación se debe presentar en mesa de partes virtual de San Gabán S.A. (página WEB) o en forma física en la Av. Floral N° 245 Puno.

San Gabán S.A. realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del proveedor del servicio, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la conformidad, siempre que se haya verificado el cumplimiento de las condiciones establecidas en la orden de servicio y términos de referencia

26. DOMICILIO PARA NOTIFICACIÓN EN EJECUCIÓN CONTRACTUAL:

El proveedor seleccionado con la buena pro, consignará un correo electrónico, donde se le notificarán los actos y actuaciones que le recaigan durante la ejecución contractual, como el caso de ampliación de plazo, entre otros. Asimismo, señalará un domicilio legal donde se le notificará cualquier acto procedimental de notificación, como es el caso de la resolución o nulidad de la orden de servicio.

27. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación son resueltos mediante trato directo, conciliación y/o acción judicial.

MERCADO Firmado
SERRUTO digitalmente
Hector FAU por MERCADO
202622213 SERRUTO
35 soft Hector FAU
20262221335
soft

Área usuaria

ANEXO N° 5

SLIP PÓLIZA SEGURO DE PRACTICANTES

ASEGURADO: SAN GABAN S.A.

Vigencia: 675 días calendarios (22.5 meses)

Moneda: Soles

Asegurados: 18 PRACTICANTES

Subvención de practicantes: Entre S/ 1,025

De acuerdo al artículo 42 del capítulo VI - Normas comunes a las modalidades formativas de la Ley N° 28518

SUMA ASEGURADA	BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA POR ENFERMEDAD S/21,450.00
	BENEFICIO MAXIMO ANUAL POR PERSONA POR ACCIDENTE S/45,900

ACCIDENTES PERSONALES INDEMNIZACION	
MUERTE ACCIDENTAL (incluye riesgo de Terrorismo)	S/45,900
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL	S/45,900
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	S/45,900

Atención Ambulatoria	Copago	Cubierto
Red Propia	S/15.00	95%
Red de Clínicas en Lima	S/25.00	95%
Red de Clínicas en Provincia	S/25.00	95%
Reembolsos: Lima	S/60.00	85%
Reembolsos Provincia	S/60.00	85%
Reembolsos en ciudades alejadas donde no existan Clínicas afiliadas	S/25.00	95%
*atención ambulatoria vigencia hasta de 15 días la orden médica para procedimientos y exámenes auxiliares. (1) Para atenciones realizadas en la red prestacional del plan. Se debe presentar la receta médica con una validez máxima de 7 días.		
Red Consulta a Domicilio:		
Lima: Medicina General	S/45.00	100%
Por el Norte: Km 21 de la Panamericana Norte Por el Sur: Hasta Chorrillos, San Juan de Miraflores Por el Este: Hasta Municipalidad de Ate - Vitarte Por el Oeste: La Punta – Callao		
Provincias: Medicina General	S/40.00	100%

ATENCIÓN HOSPITALARIA		
Red de Lima	Sin copago	95%
Red de Provincias	Sin copago	95%
Reembolsos: Lima	1 día de cuarto	90%
Reembolsos: Provincia	1 día de cuarto	90%
Reembolso en ciudades donde no existan Clínicas afiliadas	1 día de cuarto	90%
*Cobertura de atenciones post-hospitalarias hasta 30 días, bajo beneficio hospitalario		
Para atenciones realizadas en la red prestacional del plan. Se debe presentar receta médica con una validez máxima de 07 días.		
Atención de emergencia accidental ambulatoria dentro de las 48 horas	Sin copago	100%
Emergencia médica en Clínicas afiliadas dentro de las 48 horas	Sin copago	100%
Transporte por evacuación: ambulancia vía aérea: vuelo comercial	Sin copago	100%
Atención Odontológica		
Red propia	S/15.00	90%
Red Odontológica 1 hasta S/500.00	S/25.00	80%
Red Odontológica 2 hasta S/800.00	S/25.00	80%
Los copagos son por pieza tratada y terminada. Cubre curaciones y extracciones. Cubre resinas en piezas anteriores y posteriores.		
Atención Oftalmológica		
Optometría: Medición de la vista, presión ocular y fondo de ojo(una vez al año)	Sin copago	100%
Red Propia	Sin copago	100%
Red Oftalmológica	Sin copago	100%
Reembolso Oftalmológico: Lima	como amb.	como amb.
Reembolso Oftalmológico: Provincia	como amb.	como amb.
Reembolso Oftalmológico: En ciudades donde no exista red de Clínicas Afiliadas	como amb.	como amb.

Para atenciones realizadas en la red prestacional del plan. Se debe presentar receta médica con una validez máxima de 07 días		
Chequeo Médico Preventivo	Sin copago	100%
Cobertura por desastres naturales		
Hasta S/20,000 por persona vía crédito, cubre gastos médicos de curación/o tratamiento médico por lesiones sufridas por consecuencia de accidentes por desastres naturales (incluidos, pero no limitados a terremoto, tsunami, tormentas, inundaciones), hasta por un plazo máximo de 12 meses contados desde la fecha del evento o hasta la recuperación total del mismo, el que ocurra primero. Cobertura aplica para atenciones dentro del territorio nacional. Red de centros Afiliados	Como amb./ como hosp.	Como amb./ como hosp.
Sepelio hasta S/5,000		
Cobertura vía Crédito Lima y Provincia	Sin copago	100%
Vía reembolso hasta S/5,000	Sin copago	100%

1. RED DE CLÍNICAS / FUNERARIAS / CENTROS DE DIAGNÓSTICOS

La red de clínicas en Lima y Provincias, así como las funerarias en caso de sepelio y los centros de diagnóstico deberán de ser ofertados por cada postor considerando un proveedor para todas las sedes u oficina donde GRUPO FONAFE cuente con practicantes.

2. CONDICIONES ESPECIALES

- ✓ Las cartas de garantías serán emitidas a las 8 horas de solicitadas, siempre y cuando la Compañía de Seguros cuente con la información necesaria para la evaluación.
- ✓ Las inclusiones tendrán que ser procesadas en un plazo de 24 a 48 horas, no generara movimiento de prima.
- ✓ El postor ganador deberá mantener permanente comunicación con todas las clínicas y centros médicos a filiados a nivel nacional, así como realizar supervisiones periódicas, con el fin de que puedan brindar un adecuado servicio de atención médica, acorde a las condiciones pactadas (coberturas, deducibles, condiciones, tabla de beneficios, etc.).
- ✓ No se aplicará periodo de carencia ni se considerarán pre-existencias para los asegurados nuevos y actuales.
- ✓ El Postor ganador no podrá aplicar recargos de prima por edad del asegurado ni por el tipo de labores.
- ✓ La cantidad de asegurados es referencial, pudiendo variar durante la vigencia de la póliza.
- ✓ La Compañía de Seguros se compromete a entregar el informe de siniestralidad en forma semestral, considerando el detalle en Excel (proveedor, importe de atención, diagnóstico).
- ✓ Se deberá cubrir el procedimiento de transfusión de sangre incluyendo el examen de compatibilidad de donantes si las unidades son transfundidas.
- ✓ En caso no cuente con un proveedor en provincias o en zonas alejadas, se reembolsarán los gastos a costos y coberturas de la atención vía crédito red de provincias.
- ✓ Se precisa que se brinda cobertura en caso de gastos médicos a consecuencia de Pandemia o Epidemias.
- ✓ La emisión de constancias y/o certificados que acrediten inclusión de practicantes deberán ser enviados en un plazo máximo de 24 horas posterior a la confirmación de la inclusión.
- ✓ El postor ganador debe proporcionar una red de atenciones ambulatorias virtuales las cuales podrían incluir especialidades a nivel nacional.

- ✓ Para gestionar reembolsos para los casos en que el practicante se encuentre en zona donde no exista clínica afiliada se debe aceptar boletas de venta.
- ✓ Teniendo en cuenta que el proceso es a suma alzada, el Contratante y/o la Compañía de Seguros asumirán el riesgo de los ingresos y/o ceses que se pudieran presentar durante la vigencia del presente contrato.
- ✓ Cobertura a nivel nacional principalmente en las siguientes ciudades: Lima, Trujillo, Piura, Cajamarca, Iquitos, Puno, Arequipa, Tacna, Ucayali, Cusco, Junín, Chiclayo, Huaraz, Chimbote.

DECLARACIÓN JURADA PARA CONTRATAR CON SAN GABAN S.A.

Señores

DEPARTAMENTO DE LOGISTICA

EMPRESA DE GENERACION ELECTRICA SAN GABAN S.A.

Presente. -

El que suscribe,, postor y/o Representante Legal de, declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción o soborno, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el proceso de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado – Ley 30225.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en la presente contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor/postor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las condiciones y reglas de los Términos de Referencia de la Adjudicación Sin Proceso “POLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA PRACTICANTES - FOLA”.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el proceso de contratación y a perfeccionar la ORDEN DE SERVICIO, en caso de resultar favorecido con la buena pro.
- viii. No divulgar, relevar, entregar o poner a disposición de terceros, salvo autorización expresa de SAN GABAN S.A., la información proporcionada por esta para la prestación del servicio y/o entrega de bienes, y en general toda información a la que tenga acceso o la que pudiera producir como parte de los servicios o bienes que presta o entrega, durante y después de concluida la contratación, comprometiéndose a mantener la confidencialidad de la información y a no utilizarla para ningún otro propósito para el que fue requerido.
- ix. Autorizo ser notificado mediante correo electrónico, en caso resulte escogido como proveedor/postor, a la dirección electrónica señalada en mi cotización.
- x. No encontrarme en una situación de conflicto de intereses de índole económica, política, familiar o de otra naturaleza que puedan afectar la contratación.
- xi.

Puno,dedel 2023.

.....
Firma
Representante legal



EMPRESA DE GENERACION ELECTRICA SAN GABAN S.A.

Av. Floral N° 245 - Bellavista Puno
Telefono : (051) 36-4401 Fax: (051) 36-5782
RUC: 20262221335

SOLICITUD DE COTIZACION E-ASP-019-2023

DIA	MES	AÑO
		2022

SEÑORES /
RAZON
SOCIAL :

DIRECCION :

RUC:

TELEFONO :

E-MAIL :

MARCAR

BOLETA :

FACTURA :

GUIA DE REMISION :

RECIBO X HONORARIOS :

INCLUYE

IGV :

De nuestra consideración, sírvase cotizar a nombre de EMPRESA DE GENERACION ELECTRICA SAN GABAN S.A. lo solicitado a continuación, remitiendonos la presente solicitud a mas tardar el dia / / .

Entregar esta solicitud en las oficinas de San Gaban S.A., mediante FAX: (051) 36-5782 o al correo electronico : logistica@sangaban.com.pe.

ITEM	CANT.	UNIDAD	DESCRIPCION BIEN / SERVICIO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
				S/.	S/.
1	1	SERVICIO	POLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA PRACTICANTES - FOLA. - Vigencia: 675 dias calendarios (22.5 meses) Asegurados: 18 practicantes		
			Según Terminos de Referencia.		
			Incluye IGV		
			TOTAL		S/.

CPC. ALEX PHOL CALATAYUD QUISPE

Jefe de Logistica y Servicios
Empresa de Generacion Electrica San Gaban S.A.

FIRMA AUTORIZADA Y SELLO DEL
PROVEEDOR

Se pide por favor que la cotización sea:

- Sin borrones ni emmendaduras casi contrario quedara sin validez.
- Especificar precio unitario con dos decimales, incluir impuestos y costos de envio.
- Indicar Plazo de Entrega
- Forma de Pago: 10 días de recepcionado y/o entregado en Bien/Servicio
- El Lugar de Entrega : Almacenes Av. Floral N° 245 - Ciudad de Puno

Observaciones:

.....

.....

.....