Asunto: "SEGURO DE FORMACIÓN LABORAL (FOLA) - PRACTICANTES"

El Proyecto Especial de Infraestructura de Transporte Nacional - **PROVIAS NACIONAL**, adscrito al Ministerio de Transportes y Comunicaciones, está encargado de la ejecución de proyectos de construcción, mejoramiento, rehabilitación y mantenimiento de la Red Vial Nacional, y cuya misión es la preparación, gestión, administración y ejecución de proyectos de infraestructura de transporte relacionada a la Red Vial Nacional, así como de la gestión y control de actividades y recursos económicos que se emplean para el mantenimiento y seguridad de la carreteras y puentes de la Red Vial Nacional.

PROVIAS NACIONAL, prevé contratar, el servicio indicado en el Asunto; de acuerdo a las condiciones y requisitos mínimos establecidos en los Términos de Referencia, adjuntas.

Al respecto, la Unidad de Abastecimiento y Servicios de PROVIAS NACIONAL, como Órgano Encargado de las Contrataciones, invitan a las personas jurídicas o personas naturales, a presentar sus expresiones de interés para participar en procesos de selección de conformidad a la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, para lo cual previamente deberá presentar:

- ***Carta en la que indicará las condiciones y el costo del SERVICIO, de conformidad en los Términos de Referencia, incluido todos los impuestos de ley. Asimismo, deberá precisar N° de Ruc, y si se encuentra afecto al pago de impuestos.***

- ***Curriculum vitae documentado en el que se acredite el cumplimiento de los Términos de Referencia.***

La Información solicitada deberá ser remitida al correo electrónico: ***fruiz@proviasnac.gob.pe***; hasta el día **Miércoles 01 marzo de 2017**, Teléfono 615-7800 Anexo 4763. **Asimismo, se podrá efectuar consultas y/u observaciones a los Términos de Referencia por el mismo medio.**

NOTAS:

1. El presente aviso tiene por finalidad obtener información de las posibilidades que ofrece el mercado, para determinar la existencia de persona natural o jurídica que pueden brindar el servicio, posteriormente se le notificará con la Orden de Servicio respectiva al consultor que presente la mejor propuesta económica.

2. Los requisitos mínimos del postor, establecidos en los términos de referencia, son condiciones mínimas requeridas por la Entidad, por lo tanto todo aquél que las supere puede participar.

3. Esta información servirá para determinar el costo del servicio para la **CONTRATACIÓN MENOR A 8 UIT** del mismo, por lo que solicitamos que la oferta económica que nos proporcione sea el más competitivo del mercado.

SEGURO DE FORMACIÓN LABORAL (FOLA) - PRACTICANTES
TÉRMINOS DE REFERENCIA

1.0 ÁREA QUE REQUIERE EL SERVICIO

Oficina de Recursos Humanos – PROVIAS NACIONAL

2.0 OBJETO DE LA CONTRATACIÓN

Contratar el servicio de una compañía de seguros que otorgue un seguro de asistencia médica y de accidentes personales para los estudiantes y/o egresados que suscriben convenio de prácticas con PROVIAS NACIONAL.

3.0 FINALIDAD PÚBLICA

Cumplir con las obligaciones establecidas en la Ley 28518 "Ley sobre las modalidades formativas laborales", (Meta 1147 – POI 2017).

4.0 OBJETIVOS DE LA CONTRATACIÓN

. Dotar de cobertura de atención médica a los practicantes de la entidad (Sede Central y Unidades Zonales).
. Cumplir con las obligaciones señaladas en la Ley 28518 "Ley sobre las modalidades formativas laborales".

5.0 ALCANCES Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El proveedor brindará asistencia médica, a través de red propia o de terceros, para la atención de sesenta (60) practicantes de PROVIAS NACIONAL. La cantidad de practicantes mencionada es referencial pudiendo variar durante la vigencia. La liquidación se realiza mensualmente.

a) Actividades: Atención médica detallada en Plan de Salud.
b) Procedimiento: No corresponde.
c) Plan de Trabajo: Plan de Salud mínimo ofrecido tendrá las coberturas que se detallan:

Beneficio Máximo Anual por Persona De acuerdo al Art. N° 42 del Capítulo VI – Normas Comunes a las Modalidades Formativas de la Ley N° 28518	
En caso de enfermedad	14 subvenciones mensuales
En caso de accidentes	30 subvenciones mensuales

COBERTURAS

ATENCIÓN AMBULATORIA (Lima y Provincias)	
Crédito y Reembolso	
Deducible:	S/. 17.00
Excesos de gastos cubiertos al:	90%
Provincias: - El postor deberá indicar en su propuesta técnica la relación de clínicas afiliadas. En caso se presentarán atenciones de asegurados en zonas alejadas, éstas se rembolsarán de acuerdo a los costos y coberturas de la atención vía crédito.	

HOSPITALIZACIÓN (Lima y Provincias)	
Crédito	
Deducible Hospitalario:	1 día de habitación
Excesos de gastos cubiertos al:	95%
Reembolso	
Deducible Hospitalario:	1 día de habitación
Excesos de gastos cubiertos al:	95%

- Solo se brindará el beneficio de reembolso al titular que se encuentre en localidades que no cuenten con clínicas, centros médicos u hospitales afiliados.
- Ampliación de coberturas: Cada entidad podrá determinar de acuerdo a sus necesidades si requiere el incremento de las coberturas y lo tendrá que señalar en las bases, así como en una cláusula de la proforma del contrato.

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS
Emergencia Accidental (sin Hospitalización)
Cubierta al 100% por todo el tratamiento a consecuencia del accidente. La atención deberá de realizarse dentro de las 48 horas. ***Importante**: Si por el accidente sufrido el asegurado necesita hospitalizarse, los gastos serán según las condiciones señaladas en el beneficio de hospitalización.*
Emergencia Médica
Cubierta al 100% hasta la estabilización del paciente. ***Importante**: El beneficio de emergencia médica será atendido únicamente en las clínicas o centros médicos señalados por la compañía de seguros y por reembolso en aquellos lugares en donde el postor ganador no cuente con convenios con proveedores.*

TRANSPORTE POR EVACUACIÓN	
Evacuación del paciente a un centro hospitalario en caso de emergencia y siempre que sea ordenado por el médico tratante.	
Avión nacional (vuelos regulares, hasta 6 asientos)	Al 100%
Ambulancia	Al 100%

OFTALMOLOGÍA	
Medición de vista una vez al año:	Al 100%

ODONTOLOGÍA	
Única y exclusivamente a consecuencia de un accidente	
Deducible:	S/. 0.00
Excesos de gastos cubiertos al:	100% / Hasta S/. 2,680
Prevención Dental	
Chequeo preventivo una vez al año:	Al 100%

COBERTURAS ADICIONALES
Chequeo médico anual cubierto al 100%, consistente en: - Exámenes de laboratorio (muestra de sangre, hemograma, glucosa), - RX (radiografía de tórax), - Cardiología (prueba de esfuerzo)

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES	
Coberturas	**Sumas Aseguradas**
Emergencia Accidental	30 subvenciones mensuales
Muerte Accidental	30 subvenciones mensuales
Invalidez Total y/o parcial permanente	30 subvenciones mensuales
Sepelio	Hasta S/. 3,748.35

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 en Lima y Provincias deberán de ser ofertados por cada postor, principalmente donde PVN cuente con oficinas filiales y/o sucursales.

d) Recursos y facilidades a ser provistos por la entidad: Ninguno.

OTRAS CONDICIONES
Los asegurados podrán hacer uso de la red de establecimientos médicos a nivel nacional, independientemente de su lugar de residencia habitual.
Las carpetas con los beneficios del Plan de Salud serán remitidas dentro de los 10 días calendarios siguientes de recibida la información.

6.0 REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

a) **DEL POSTOR**
Capacidad Legal
Persona jurídica debidamente inscrita en el Registro Nacional de Proveedores.
Autorizada y sujeta a la supervisión de la Superintendencia de Banca y Seguros.
Capacidad Técnica y Profesional
Compañía de seguros
Experiencia
Monto facturado acumulado por la prestación de servicios de asistencia médica por un mínimo de una (1) vez el valor estimado.

b) **DEL PERSONAL PROPUESTO.-** No aplica

7.0 PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO
El servicio será ejecutado en doce meses, contados a partir del día siguiente de suscrito el contrato o de recepcionada la orden de Servicio, hasta la conformidad de la última prestación y pago.

8.0 LUGAR DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO
En los establecimientos médicos que formen parte del Plan de Salud Ofrecido.

9.0 RESULTADOS ESPERADOS
Practicantes hacen uso de las redes de clínicas según su necesidad.

10.0 MODALIDAD DE SELECCIÓN
Procedimiento clásico.

11.0 SISTEMA DE CONTRATACIÓN
Precios Unitarios

12.0 MODALIDAD DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL
No corresponde.

13.0 GARANTÍA MÍNIMA DEL SERVICIO
Los establecimientos médicos que formen parte del Plan de Salud, deberán contar con registro de funcionamiento de SUSALUD (Superintendencia Nacional de Salud).

14.0 FORMULA DE REAJUSTE
No corresponde.

15.0 FORMA DE PAGO
PROVIAS NACIONAL cancelará la factura al finalizar cada mes del servicio.

16.0 CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Será otorgada por la oficina de Recursos Humanos de Provías Nacional.

17.0 ADELANTOS, de ser necesario

No corresponde

18.0 PENALIDADES

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, PROVIAS NACIONAL le aplicará en todos los casos, una penalidad por cada día calendario de atraso, hasta por un monto máximo equivalente al cinco por ciento (5%) del monto contractual. La penalidad se aplicará automáticamente y se calculará de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.05 \times \text{Monto}}{F \times \text{Plazo en días}}$$

Donde: F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta días.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad, PROVIAS NACIONAL podrá resolver el contrato parcial o totalmente por incumplimiento mediante carta.

19.0 OTRAS CONDICIONES ADICIONALES

No corresponde

CARTA DE AUTORIZACIÓN
(Modelo: Anexo N° 1 de la Directiva de Tesorería)

Señora:

LIC. Nelly A. Salazar Torres
Jefe de la Oficina de Administración
De la Unidad Ejecutora 1078
MTC – PROVIAS NACIONAL

Asunto: Autorización de abono directo en cuenta CCI que se detalla.

Por medio de la presente comunico a usted que, la entidad bancaria, numero número de cuenta y el respectivo Código de Cuenta Interbancaria (CCI) de la empresa que represento, es la siguiente:

* Empresa:……..……..
* RUC:..……..……
* Entidad Bancaria….……
* Número de Cuenta:……
* Código:…….....
* CCI……

Dejo constancia que el número de cuenta bancaria que se comunica ESTA ASOCIADO al RUC consignado, tal como ha sido abierta en el sistema bancario nacional.

Asimismo, dejo constancia que la (Factura o Recibo de Honorario o Boleta de Venta) a ser emitida por mi representada, una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Orden de Servicio con las prestaciones de bienes y/o servicio materia del contrato pertinente, quedara cancelada para todos sus afectos mediante la sola acreditación del abono en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

(Firma del proveedor o de su representante
Legal debidamente acreditada ante la UE)

* **los espacios en blanco (…….) deben ser llenados en negrita o LETRAS LEGIBLES**

Lima, XX de febrero del 2017

Señores:
PROVIAS NACIONAL
Att. Unidad de Abastecimiento y Servicios
Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, en atención a la solicitud de cotización y luego de haber examinado los documentos proporcionados por la Entidad y conocer todas las condiciones existentes, el suscrito ofrece el XXXXXXXXXXX"***",*** de conformidad con dichos documentos y de acuerdo con los Términos de Referencia y demás condiciones que se indican en las mismas, mi propuesta económica es la siguiente:

- **S/.** XXXXXXX (XXXXXXXXX y 00/100 Soles)
- Me comprometo a prestar el servicio señalado para **PROVIAS NACIONAL**, de acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia.
- Curriculum y Documentos que sustenten el Numeral 6.6 Requerimientos del Proveedor y de su Personal.
- Declaración Jurada de no tener impedimento para contratar con el Estado, debidamente firmado. (La misma que se adjunta al final del archivo)
- Formato de la Carta de Autorización del CCI.
- Asimismo, debo señalar que me encuentro afecto a la retención de impuestos (DE SER EL CASO) SI NO ES ASI ADJUNTAR CONSTCNIA DE EXONERACION DE 4 TA CATEGORIA

La propuesta económica incluye todos los tributos, seguros, transportes, inspecciones, pruebas, y de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que le sea aplicable y que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar**.**

Atentamente,

(FIRMA)

……..
XXX
DNI: XXXX

Datos Adicionales:
- Dirección:
- Teléfono:
- E-Mail:

DECLARACIÓN JURADA

Yo,....., identificado con Documento Nacional de Identidad No ....., con domicilio en ....., del Distrito de ....., de la Provincia y Departamento de ....., ante Usted,

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- No contar con familiares que ejerzan el cargo de funcionario o Servidor Público hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad que presten servicios sin importar el vínculo contractual con PROVIAS NACIONAL, asimismo reconozco que dicho impedimento alcanza a consultores o locadores que brinden servicios en PROVIAS NACIONAL.

- No encontrarme impedido para ser participante, postor o Contratista.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....

Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal o común, según corresponda