

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000154

UNIDAD EJECUTORA : 002 REGION CUSCO -PLAN COPESCO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000790
N° E/M : 00155

Señores	:		R.U.C.	:	
Dirección	:				
Teléfono	:		Fax	:	
Email	:		Fecha	:	
Concepto	:	SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - PENSION			
			Moneda	:	S/.

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	850100070006	SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO - PENSION	
			TOTAL

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REGION CUSCO -PLAN COPESCO

- Condiciones de Compra

- Forma de Pago:

- Garantía:

- Plazo de Entrega en N° Dias/ Ejecución del Servicio :

- Tipo de Moneda :

- Validez de la cotización :

- Indicar Marca de Procedencia

- Tipo de Cambio :
- Requerimientos Técnicos:

LUGAR DE EJECUCION :

PROVEEDOR DEDICADO AL OBJETO DE LA CONVOCATORIA:

FECHA DE COTIZACION:

Atentamente;

Firma y sello del proveedor

ANEXO 14

DECLARACIÓN JURADA DEL PROVEEDOR

Señores:

OFICINA DE ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS AUXILIARES

PLAN COPESCO

Plaza Túpac Amaru s/n Huanchac

Presente.-

*El que suscribe..... identificado con DNI N°
....., y RUC N° N° Tel Cel
DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:*

1. *No haber incurrido, me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.*
2. *No tengo impedimento para contratar en el Estado.*
3. *No tengo impedimento por vínculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, ni segundo grado de afinidad con los funcionarios de la entidad o intervinientes, según lo previsto en el artículo 11° de la Ley de Contrataciones.*
4. *Cuento y Acepto con las condiciones necesarias para cumplir cabalmente con las características técnicas, requisitos y condiciones establecidas en los términos de referencia y/o especificaciones técnicas de la presente contratación.*
5. *De ser seleccionados para la contratación, me comprometo a mantener mi oferta en su integridad hasta el pago.*
6. *Me someto a las sanciones contenidas en la ley de Contrataciones del Estado, ley 30225 y su reglamento, así como la ley de procedimiento administrativo general, Ley N° 27444, cuando corresponde.*
7. *En caso de incumplimiento injustificado, acepto de manera supletoria, la aplicación de penalidad de acuerdo a la fórmula establecida en el artículo 162° del reglamento de la ley de Contrataciones del Estado, aprobado mediante D.S N° 344-2018-EF, y de acuerdo a la directiva interna de compras menores o iguales a 8 UIT.*
8. *De ser seleccionados para efectuar la presente contratación, autorizo al gobierno Regional del Cusco a efectos de que me pueda notificar al **correo electrónico**
.....o a mi domicilio sito en
.....*
9. *No ser propietario, socio, representante legal, gerente general o tener cualquier vínculo con otra empresa que cotiza por el mismo objeto de término de referencia al que me presento.*

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

CARTA AUTORIZACIÓN

PARA EL PAGO CON ABONOS EN LA CUENTA BANCARIA DEL PROVEEDOR

(Modelo: anexo N°1 de la Directiva de Tesorería)

Cusco, ____ de ____ del 2025.

Señores :

PLAN COPESCO

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

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

- EMPRESA (O NOMBRE) :

- RUC :

- ENTIDAD BANCARIA :

- CCI DE LA CUENTA BANCARIA :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- CUENTA DE DETRACCIÓN N°:

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

Asimismo, dejo constancia que la (Factura o Recibo de Honorarios 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 servicios materia del contrato pertinente, quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del abono en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente

.....
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o
Representante legal y sello, según corresponda**

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana".

TERMINOS DE REFERENCIA
PARA LA CONTRATACIÓN DE ASEGURADORA PARA LA EMISION DEL SEGURO
COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO – PENSION

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Contratación del Servicio de ASEGURADORA para la emisión del SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SCTR) – PENSION para los trabajadores de sede del PLAN COPESCO.

2. FINALIDAD

La contratación tiene por finalidad que los trabajadores del **PLAN COPESCO** cuenten con un **SCTR – PENSIÓN**, regido por la Ley N° 26790 y demás normas reglamentarias, que amparará a los trabajadores en caso tuviesen algún accidente de trabajo o de enfermedad profesional que pueda causarles invalidez o muerte, otorgando prestaciones por invalidez, sobrevivencia, gastos de sepelio.

3. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION

El objeto es la contratación de seguro SCTR para los trabajadores de sede del PLAN COPESCO a la Aseguradora para la emisión del SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SCTR) – PENSION para los trabajadores de la ENTIDAD, según las prestaciones y condiciones contenidas en la Póliza de SCTR.

4. ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A CONTRATAR

4.1 CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES

4.1.1. Características Técnicas

- La cobertura de invalidez y sepelio por trabajo de riesgo protegerá obligatoriamente al asegurado o sus beneficiarios contra los riesgos de invalidez o muerte producida como consecuencia de accidente de trabajo o enfermedad profesional; otorgando las siguientes prestaciones mínimas: a) Pensión de sobrevivencia, b) Pensión de Invalidez c) Gastos de Sepelio.



4.1.1.2. Pensión de Sobrevivencia:

La Aseguradora pagará pensión de sobrevivencia en caso de fallecimiento del asegurado:

- a) Ocasionado directamente por un accidente de trabajo o enfermedad profesional; o,
- b) Por cualquier otra causa posterior después de configurada la invalidez o mientras se encuentre gozando de una pensión de invalidez, parcial o total, temporal o permanente; o,
- c) Producido mientras EL ASEGURADO se encontrará gozando de subsidio por incapacidad temporal a cargo del Seguro Social de Salud como consecuencia de un accidente o enfermedad profesional siempre que la causa de la muerte se encuentre relacionada directamente con el accidente o enfermedad profesional;



Los montos de pensión serán calculados sobre el 100% de la "Remuneración Mensual" del ASEGURADO, entendida como el promedio de las remuneraciones asegurables de los 12 meses anteriores al siniestro, con el límite máximo previsto en el tercer párrafo del Artículo 47 del Decreto Supremo N.º 004-98-EF actualizado según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que publica el INEI o el indicador que lo sustituya, de acuerdo con las reglas vigentes para los afiliados al sistema privado de pensiones. Para tal fin la remuneración asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de los primeros. En caso el afiliado tenga una vida laboral activa menor a 12 meses se tomará el promedio de las remuneraciones que haya recibido durante su vida laboral, actualizado de la forma señalada precedentemente. Los montos de pensión serán los siguientes:

- a) El 42 % de la "Remuneración Mensual" del ASEGURADO, Para el cónyuge o conviviente a que se refiere el Art. 326 del Código Civil de 1984, si no existieran hijos a los que se refiere el literal c) de este inciso;

- b) El 35 % de la "Remuneración Mensual" del ASEGURADO, para el cónyuge o conviviente a que se refiere el Art. 326 del Código Civil de 1984, en caso de existir hijos a los que se refiere el literal c) siguiente;
- c) El 14% de la "Remuneración Mensual" del ASEGURADO a cada hijo menor de 18 años, así como a cada hijo inválido mayor de 18 años incapacitado para el trabajo en forma total y permanente, calificados conforme al presente Decreto Supremo;
- d) El 14% de la "Remuneración Mensual" del ASEGURADO para cada uno de los padres del ASEGURADO que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:
 - Que sean calificados como inválidos total o parcialmente en proporción superior al 50%, conforme al presente Decreto Supremo; o,
 - Que tengan más de 60 años de edad y que hayan dependido económicamente del causante, de acuerdo con las normas que fije la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones para los afiliados al Sistema Privado de Pensiones que se aplicarán por analogía.



Cuando existan cónyuge o conviviente e hijos del "ASEGURADO" con derecho a pensión de sobrevivencia, éstos gozarán la que les corresponde en forma concurrente; pero si el monto total excede el 100% de la "Remuneración Mensual" del "ASEGURADO" dichas pensiones quedarán reducidas proporcionalmente de modo tal que, en conjunto, no superen dicha "Remuneración Mensual".

Cuando existan cónyuge o conviviente y padres del "ASEGURADO" con derecho a pensión de sobrevivencia, éstos concurrirán en el goce de las pensiones que les corresponda, sin lugar al recálculo previsto en el Artículo 18.1.3.

Cuando sólo existan hijos y padres del "ASEGURADO", con derecho a pensión de sobrevivencia, todos los hijos concurrirán en el goce de la

pensión que les corresponda; pero la pensión de los padres sólo procederá si quedará algún remanente.

Cuando existan cónyuge o conviviente, hijos y padres del "ASEGURADO", con derecho a pensión de sobrevivencia; los padres gozarán de las pensiones que les corresponda, sólo si quedará algún remanente luego de aplicar el Art. 18.1.3 anterior.

De no existir cónyuge o conviviente con derecho a pensión, el porcentaje de la remuneración a que se refiere el inciso a) del Artículo 18.1.2 anterior, se asignará como pensión en caso que quedare un solo hijo como beneficiario, aunque existan padres. De haber dos o más hijos con derecho a pensión, la pensión conjunta se incrementará en 14 puntos porcentuales sobre el porcentaje referido en el inciso a) del Artículo 18.1.2, tantas veces como hijos hubiese, distribuyéndose en parte iguales; pero la pensión de los padres sólo procederá si quedara algún remanente de acuerdo con el Artículo 18.1.5.



4.1.1.3. Pensiones por Invalidez:

LA ASEGURADORA" pagará al ASEGURADO que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedará en situación de invalidez; las pensiones que correspondan al grado de incapacidad para el trabajo conforme al presente Decreto Supremo, de acuerdo a las normas técnicas dictadas por el Ministerio de Salud a propuesta de LA COMISION TECNICA MEDICA.

Los montos de pensión serán calculados sobre el 100% de la "Remuneración Mensual" del ASEGURADO, entendida como el promedio de las remuneraciones asegurables de los 12 meses anteriores al siniestro, con el límite máximo previsto en el tercer párrafo del Artículo 47º del Decreto Supremo N° 004-98-EF actualizado según el Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana que publica el INEI o el indicador que lo sustituya, de acuerdo con las reglas vigentes para los afiliados al sistema

privado de pensiones. Para tal fin la remuneración asegurable de cada mes no podrá exceder en ningún caso de la remuneración oportunamente declarada para el pago de la respectiva prima. En caso el afiliado tenga una vida laboral activa menor a 12 meses se tomará el promedio de las remuneraciones que haya recibido durante su vida laboral, actualizado de la forma señalada precedentemente. Los montos de pensión serán los siguientes:

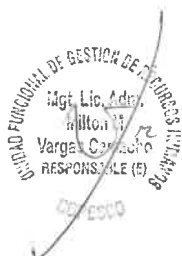
Invalidez Parcial Permanente:

"LA ASEGURADORA" pagará, como mínimo, una pensión vitalicia mensual equivalente al 50% de la "Remuneración Mensual" al "ASEGURADO" que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior al 50% pero menor a los dos tercios.

Invalidez Total Permanente:

"LA ASEGURADORA" pagará, como mínimo, una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de su "Remuneración Mensual", al "ASEGURADO" que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en una proporción igual o superior a los dos tercios.

La pensión será, como mínimo, del 100% de la "Remuneración Mensual", si como consecuencia del accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, EL ASEGURADO calificado en condición de Invalidez Total Permanente, quedará definitivamente incapacitado para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además, requiriera indispensablemente del auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales para la vida. En este caso la pensión resultante no podrá ser inferior a la remuneración mínima legal para los trabajadores en actividad.



Invalidez Temporal:

En caso de Invalidez temporal, "LA ASEGURADORA" pagará al "ASEGURADO" la pensión mensual que corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez a que se refieren los Artículos 18.2.1 y 18.2.2, hasta el mes en que se produzca su recuperación.

El carácter temporal o permanente de la invalidez, se determina en función al grado de recuperación que puede tener una persona al sucederle un siniestro que repute tal condición.

Invalidez Parcial Permanente Inferior al 50%:

En caso que las lesiones sufridas por EL ASEGURADO dieran lugar a una invalidez parcial permanente inferior al 50%, pero igual o superior al 20%; LA ASEGURADORA pagará por una única vez al ASEGURADO inválido, el equivalente a 24 mensualidades de pensión calculadas en forma proporcional a la que correspondería a una Invalidez Permanente Total.

En estos casos, la Entidad Empleadora queda prohibida de prescindir de los servicios del trabajador basada en su condición de invalidez.

4.1.1.4. Gastos de Sepelio:

En caso de fallecimiento del "ASEGURADO" como consecuencia inmediata de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro o mientras se encuentre gozando de subsidios a cargo del Seguro Social de Salud por una causa relacionada con el accidente de trabajo o enfermedad profesional o por cualquier causa posterior a la obtención de una pensión de invalidez total o parcial, permanente o temporal bajo este seguro; "LA ASEGURADORA" reembolsará, como mínimo, los gastos de sepelio a la persona natural o jurídica que los hubiera efectivamente sufragado, hasta el límite correspondiente al mes del fallecimiento, señalado por la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos



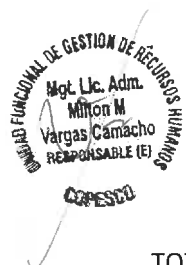
de Pensiones para los afiliados a dicho sistemas; contra la presentación de los documentos originales que sustenten dicho gasto.

4.1.2 Normas técnicas

- Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Decreto Supremo N.º 009-97-SA Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Decreto Supremo N° 003-98-SA Aprueban Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

5. NUMERO REFERENCIAL DE ASEGURADOS

(131) Trabajadores CAP, indeterminado y Modal del PLAN CO PESCO – Gestión de Proyectos Recursos Ordinarios, con posibilidad de inclusiones o exclusiones y Trabajadores a Plazo Indeterminado del PLAN CO PESCO – Estudios de Pre Inversión Gestión de Proyectos Recursos Determinados, con posibilidad de inclusiones o exclusiones.



PERSONAL BAJO EL REGIMEN 728	CANTIDAD	REMUNERACION TOTAL
PERSONAL CAP, INDETERMINADO Y/O MODAL	131	S/412,136.00

TOTAL, PERSONAL CAP, INDETERMINADO Y MODAL = 131

Nota: La cantidad de trabajadores es referencial y facilidad de poder realizar movimientos de las pólizas en el tiempo que dure el servicio, debido a la inclusión y exclusión que hubiese sobre los participantes.

Se adjunta Anexo N° 001-Relacion de Trabajadores para la cobertura del SCTR – PENSION.

6. TIEMPO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El plazo de la prestación del servicio será por 12 meses, que será computado a partir del día siguiente de la firma de contrato.

7. MONTO REFERENCIAL

0.0091155% por el monto de la remuneración asegurable de la totalidad de los trabajadores (monto bruto de la planilla) declarados mensualmente.

8. REQUISITOS DEL PROVEEDOR

- Contar con RNP.
- Contar con RUC activo y habido, dedicado al objetivo de la contratación.

Otros documentos a presentar para la suscripción del contrato:

- Copia de DNI del representante legal autorizado para la suscripción de contrato
- Copia de vigencia de poder vigente del representante legal de la compañía
- Autorización de funcionamiento, expedida por la superintendencia de Banca y Seguros
- Nombre, DNI, teléfono y correo del coordinador o asistente de la compañía para la atención de la Entidad o quien realice la función.



9. MEDIDAS DE CONTROL

Emisión del Póliza de SCTR Pensión mensual según planilla mensual declarada de trabajadores del PLAN COPESCO.

FORMA DE PAGO

El pago de las primas correspondientes a la póliza del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Pensión contratado, se realizará en soles y forma mensual, conforme el importe indicado en las respectivas condiciones particulares de la póliza, luego de la recepción formal y completa de la póliza emitida por LA ASEGURADORA. Previamente, LA ASEGURADORA calculara la prima y aceptara la declaración de asegurados, enviada con anterioridad por LA ENTIDAD en un plazo que no excederá de los diez (10) días útiles desde la recepción de la declaración, a fin de permitir que el pago se realice dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes del cierre de cada mes

Para efectos del pago de la prima, LA ENTIDAD realizara el abono de la prima correspondiente, en el plazo establecido en el párrafo anterior a la cuenta de LA ASEGURADORA mediante depósito en cuenta, vía abono o transferencia.

10. ENTREGA DE CONSTANCIA DE POLIZA SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO (SCTR)- PENSION.

La empresa prestadora del servicio hará llegar la póliza del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) – Pensión a la Entidad – A la unidad Funcional de Gestión de Recursos Humanos, de manera física mediante mesa de partes y digital a través del siguiente correo electrónico:

dvera@copesco.gob.pe

11. REQUERIMIENTOS ADICIONALES

Se deberá coordinar con la unidad Funcional de Gestión de Recursos Humanos.

12. PENALIDADES.

De acuerdo a la directiva N.º 002-2022-PLAN COPESCO.

