

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000155

UNIDAD EJECUTORA : 002 REGION CUSCO -PLAN COPESCO
NRO. IDENTIFICACIÓN : 000790
N° E/M : 00156

Señores	:		R.U.C.	:	
Dirección	:				
Teléfono	:		Fax	:	
Email	:	SERVICIO DE SEGURO DE VIDA LEY	Fecha	:	Moneda : S/.
Concepto	:				

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	850100080001	SEGURO DE VIDA LEY	
			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**

TERMINOS DE REFERENCIA

CONTRATACION DEL SERVICIO DE ASEGURADORA PARA LA EMISION DEL SEGURO VIDA LEY

1. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Contratación del Servicio de ASEGURADORA para la emisión del SEGURO VIDA LEY para los trabajadores del PLAN COPESCO.

2. FINALIDAD

Adquirir el SEGURO VIDA LEY, regido por el Decreto Legislativo N° 688, modificado por la Segunda Disposición Complementaria modificatoria del Decreto de Urgencia N° 044-2019, y Reglamentado por Decreto Supremo N° 009-2020-TR, que amparara a la cónyuge o conviviente y a los descendientes, y a falta de éstos a los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años

3. OBJETIVOS DE LA CONTRATACION

El objeto es la contratación por parte de LA ENTIDAD a LA ASEGURADORA para la emisión del SEGURO VIDA LEY para los trabajadores de LA ENTIDAD, según las prestaciones y condiciones contenidas en la Póliza del Seguro Vida Ley.

4. ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A CONTRATAR

4.1 CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES

4.1.1 Características Técnicas

El Seguro de Vida otorga a los beneficios por fallecimiento natural del trabajador, por fallecimiento del trabajador a consecuencia de un accidente, y por invalidez total y permanente del trabajador originada por accidente; siendo aplicables los literales a), b) y c) del artículo 12 del Decreto Legislativo N° 688, Ley de Consolidación de Beneficios Sociales, y sus modificatorias.

El monto del beneficio es el siguiente:

- a) Por fallecimiento natural del trabajador se abonará a sus beneficiarios dieciséis (16) remuneraciones que se establecen en base al promedio de lo percibido por aquel en el último trimestre previo al fallecimiento;
- b) Por fallecimiento del trabajador a consecuencia de un accidente, se abonará a los beneficiarios treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por aquel en la fecha previa al accidente;



c) Por invalidez total o permanente del trabajador originada por accidente se abonará treinta y dos (32) remuneraciones mensuales percibidas por él en la fecha por vía del accidente. En este caso, dicho capital asegurado será abonado directamente al trabajador o por impedimento de él a su cónyuge, curador o apoderado especial.

4.1.2 Normas técnicas

- Decreto Legislativo N° 688 Ley de Consolidación de Beneficios Sociales.
- Decreto de Urgencia N° 044-2019 Decreto de Urgencia que Establece Medidas para Fortalecer la Protección de Salud y Vida de los trabajadores.
- Decreto Supremo N° 009-2020-TR Decreto Supremo que Aprueba las Normas Reglamentarias del Decreto de Urgencia N° 044-2019 Relativas al Seguro de Vida.

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 Vida Ley

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

0.00885% 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 de la Póliza de Seguro Vida Ley mensual según planilla mensual declarada de trabajadores del Plan Copesco.

FORMA DE PAGO

El pago de las primas correspondientes a la póliza del Seguro Vida Ley 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 VIDA LEY.

La empresa prestadora del servicio hará llegar la póliza del Seguro Vida Ley 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.

