

Emitir resolución de recursos

1. Generar resolución de recursos

Encargado	KAREN ZELMIRA QUIROS CASCANTE				
Fecha/hora gestión	20/12/2024 12:51	Fecha/hora resolución	20/12/2024 13:59		
* Procesos asociados	Recursos	Número documento	8072024000002247		
* Tipo de resolución	Resolución de Fondo				
Número de procedimiento	2024LY-000005-0001700001	Nombre Institución	Promotora de Comercio Exterior		
Descripción del procedimiento	Servicios básicos de salud para los funcionarios de PROCOMER a través de una póliza de gastos médicos				

2. Listado de recursos

Número	Fecha presentación	Recurrente	Empresa/Interesado	Resultado	Causa resultado
8122024000000921 <input checked="" type="checkbox"/> Línea 1	03/10/2024 17:23	RAFAEL VASQUEZ VEGA	INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS	Declaratoria de nulidad	Anulación de oficio de

Resultado del acto final	Se anula Acto Final
--------------------------	---------------------

3. *Resultando

I.- Que el tres de octubre de dos mil veinticuatro, el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS presentó ante esta Contraloría General recurso de apelación No. 8122024000000921 en contra del acto de adjudicación dictado a favor de PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA SOCIEDAD ANÓNIMA, en la Licitación Mayor No. 2024LY-000005-0001700001, promovida por la PROMOTORA DE COMERCIO EXTERIOR (PROCOMER), para adquirir servicios básicos de salud para los funcionarios a través de una póliza de gastos médicos.

II.- Que mediante auto No. 8052024000001948 de las nueve horas cuarenta y nueve minutos del diez de octubre de dos mil veinticuatro, se solicitó información varia a PROCOMER respecto al trámite de la licitación. Dicha audiencia fue atendida por la Administración a través del documento No. 8062024000003702 del once de octubre de dos mil veinticuatro.

III.- Que mediante auto No. 8052024000001949 de las once horas del catorce minutos del diez de octubre de dos mil veinticuatro, se solicitó a la PROMOTORA DE COMERCIO EXTERIOR dotar a esta Contraloría de acceso en el Sistema Integrado de Compras Públicas (SICOP), para la visualización de los documentos confidenciales que constan en el expediente de licitación, a fin de realizar la verificación completa del expediente. Dicha solicitud fue atendida por la Administración mediante documento No. 8062024000003703 de fecha once de octubre de dos mil veinticuatro.

IV.- Que a través del auto No. 8052024000001974 de las trece horas cincuenta minutos del quince de octubre de dos mil veinticuatro, se confirió audiencia inicial a la PROMOTORA DE COMERCIO EXTERIOR y, a la adjudicataria PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA S.A. La audiencia inicial en mención fue atendida por PROCOMER con documento No. 8062024000003829 y por PAN AMERICAN con documento No. 8062024000003835; ambos ingresados en fecha veinticinco de octubre de dos mil veinticuatro.

V.- Que mediante auto No. 8052024000002088 de las quince horas cuatro minutos del treinta y uno de octubre de dos mil veinticuatro, se trasladó audiencia especial a la PROMOTORA DE COMERCIO EXTERIOR, para que se pronunciara sobre la respuesta brindada por la adjudicataria, al contestar la audiencia inicial; y también a la apelante y al INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, para que se pronunciara sobre los alegatos que formularon en su contra las partes, al atender la audiencia inicial. Las audiencias en mención fueron atendidas respectivamente mediante documentos No. 8062024000004033 y No. 8062024000004042; ambos presentados en fecha siete de noviembre de dos mil veinticuatro.

VI.- Que mediante auto No. 8052024000002317 de las diecisiete horas y cuarenta y cuatro minutos del veintiocho de noviembre de dos mil veinticuatro se otorgó audiencia especial a las partes por vicios de una eventual nulidad absoluta, evidente y manifiesta del acto final. Las partes respondieron mediante documentos No. 8062024000004387, No. 8062024000004385, y, No.8062024000004378; todas ingresadas el tres de diciembre de dos mil veinticuatro.

VII.- Que mediante auto No. 8052024000002359 de las once horas cuatro minutos del cinco de diciembre de dos mil veinticuatro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 97 inciso d) de la Ley General de Contratación Pública, así como el numeral 268 del Reglamento a la Ley General de Contratación Pública, y tomando en consideración la complejidad del caso en trámite en virtud de los temas en discusión, este órgano contralor prorrogó por diez días hábiles el plazo para resolver.

VIII.- Que de conformidad con lo establecido en el artículo 97 de la Ley General de Contratación Pública, siendo facultativa la audiencia final, se consideró que no era necesario otorgar audiencia final a las partes, en vista de que durante el trámite del recurso se tenían todos los elementos necesarios para su resolución.

IX.- Que la presente resolución se emite dentro del plazo de ley, y en su trámite se han observado las prescripciones legales y reglamentarias correspondientes.

4. *Considerando

4.1 - Hechos probados

I.- **HECHOS PROBADOS.** Los hechos que se han tenido por demostrados para efectos de la resolución, se han incorporado a la parte considerativa de la resolución con su respectiva referencia de prueba, para su ubicación en el expediente digital tramitado a través del Sistema Integrado de Compras Públicas SICOP, a cuya documentación se tiene acceso ingresando a la dirección electrónica <http://www.sicop.go.cr/index.jsp>, pestaña expediente electrónico, digitando el número de procedimiento, e ingresando a la descripción del procedimiento de referencia.

4.2 - Recurso 8122024000000921 - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Condiciones invariables (admisibilidad) - Argumento de las partes

Ver argumento de las partes en el expediente electrónico del recurso en SICOP.

Condiciones invariables (admisibilidad) - Criterio CGR

Declaratoria de nulidad absoluta, evidente y manifiesta (Ley 9986)



II.- SOBRE LA LEGITIMACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS.

La PROMOTORA DE COMERCIO EXTERIOR (en adelante PROCOMER) al atender la audiencia inicial, reclama que al INS no le asiste legitimación, por cuanto estima que incurrió en una violación a los principios del debido proceso y legalidad, al haber presentado su oferta condicionada, de manera que asegura que el INS no aceptó cumplir con lo dispuesto en las cláusulas 6 (presupuesto detallado a presentar por el eventual adjudicatario), 19 (multa y cláusula penal), y, 22 (reajuste de precios).

Sobre el tema de la multa y la cláusula penal, el apelante INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (en lo sucesivo INS), no hizo referencia al contestar la audiencia especial conferida. No obstante, en relación a los temas de presupuesto detallado y reajuste de precios, indica que conforme a la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley del Contrato de Seguros, el INS debe ajustarse a lo allí normado.

Criterio de la División. La cláusula 6 del pliego de condiciones dispone que: **"6. PRESENTACIÓN DE PRESUPUESTO DETALLADO / El Adjudicatario deberá presentar dentro del plazo de ocho días hábiles posteriores a la firmeza de la adjudicación y previo a la formalización contractual un presupuesto detallado del precio cotizado en el cual podrá agregar el nivel de detalle que considere necesario. / Deberá presentarlo en un formato de cuadro que desglose como mínimo costos directos, costos indirectos, utilidad e imprevistos según corresponda y se ajuste al giro comercial del objeto contractual. Sin perjuicio, que el oferente pueda incluir elementos adicionales que requieran ser considerados por disposición legal. / El presupuesto detallado corresponde a la memoria de cálculo efectuada y que sustenta el precio cotizado, todo lo cual se refleja en la estructura del precio presentada con la oferta / Esa desagregación del presupuesto se vinculará con la modalidad de cotización o de pago, de modo que cuando corresponda será útil para verificar que determinadas actividades han sido cumplidas para efectos de ordenar su pago. / Queda facultado el oferente de advertir en su oferta en aquellos casos en que no exista un índice oficial para los costos directos y que aporte la documentación pertinente para la aplicación del método contemplado en los artículos 107 y 109 del Reglamento de la Ley de Contratación Pública. / En caso de no existir un índice oficial para costos indirectos, de igual forma facultará al oferente a proponer un índice oficial general de precios que se encuentre de conformidad con el artículo 102 del Reglamento de la Ley de Contratación Pública"** (resaltado es propio) (ver pantalla Ingreso del pliego de condiciones, 2024LY-000005-0001700001 [Versión Actual] - 01/08/2024, y abrir archivo PLIEGO DE CONDICIONES con modificaciones.pdf (0.45 MB)). Aunado a ello, en el Anexo 4 del pliego de condiciones, la Administración dispuso el formato conforme al cual debería presentarse dicho presupuesto.

En el caso de marras, en fecha 28 de agosto de 2024 el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS presentó su oferta, incorporando con ello el oficio DCCE-08696-2024 del 28 de agosto de 2024, dentro de la cual, al referirse a la cláusula 6 sobre el presupuesto detallado, apuntó: **"Respuesta: El cuadro incluido en el Anexo No. 4 no se ajusta al objeto contractual de esta licitación. No obstante, se adjuntará un presupuesto detallado en un formato adecuado para el alcance del contrato, el mismo será cargado de manera confidencial según artículo N°12 de la ley del INS: "...es confidencial la información, relacionada con cualquiera de las actividades del INS, calificada por este como Secreto industrial, comercial o económico, cuando por motivos estratégicos, comerciales y de competencia no resulte conveniente su divulgación a terceros"** (ver en la pantalla Detalle documentos adjuntos a la oferta el archivo Oferta PROCOMER 3 FIRMADA.pdf).

Por otra parte, el pliego de condiciones señala en la cláusula 19 atinente a las multas y cláusulas penales, lo que de seguido se transcribe: **"19 MULTAS Y CLÁUSULA PENAL / 19.1. Multas y cláusula penal según la siguiente tabla:**

MULTAS				
Etapas / Actividad / Línea Entregable	Motivo	Porcentaje	Justificación	
1	Desatención por parte del agente encargado de brindar seguimiento	entr ega defe ctuo sa 1 % dí as há bil es	En caso de que el agente encargado de brindar seguimiento por parte de la aseguradora desatienda una solicitud gestionada vía correo electrónico institucional por parte de la unidad usuaria por más de 3 días hábiles consecutivos , se aplicará un 1% de multa del monto unitario anual del costo de la póliza individual en cuestión por cada día hábil de desatención. Debe entenderse que la empresa aseguradora tendrá un plazo de 3 días hábiles contados a partir de la recepción por medio de correo electrónico de la solicitud por parte de cualquier funcionario de PROCOMER para atenderla a partir del cuarto día hábil se empezará a aplicar	

Se deberá documentar por medio de un acta el hecho que origina el incumplimiento. / [...] (resaltado es propio) (ver pantalla Ingreso del pliego de condiciones, 2024LY-000005-0001700001 [Versión Actual] - 01/08/2024, y abrir archivo PLIEGO DE CONDICIONES con modificaciones.pdf (0.45 MB)).

Así, el INS en el oficio DCCE-08696-2024 del 28 de agosto de 2024 aportado con la oferta, al referirse a las cláusulas 19 y 19.1 sobre el tema de las multas y cláusula penal aplicables a la contratación, señaló de forma expresa: **"Respuesta: Se entiende y se acepta, no obstante, es importante considerar que la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros otorgan plazos definidos de 30 días"** (ver en la pantalla Detalle documentos adjuntos a la oferta el archivo Oferta PROCOMER 3 FIRMADA.pdf).

Finalmente, la cláusula 22 del pliego de condiciones, establece la fórmula y procedimiento para el reajuste de precios, siendo de especial interés para la resolución de este asunto el párrafo final, el cual en lo conducente reza: **"[...] La empresa oferente podrá proponer en su oferta una forma diferente para el reajuste de los precios indicando la fórmula y los índices a utilizar, y la Administración valorará si esta es más conveniente de conformidad con el mercado. El mecanismo definitivo para el reajuste de precios quedará expresado en el contrato"**(ver pantalla Ingreso del pliego de condiciones, 2024LY-000005-0001700001 [Versión Actual] - 01/08/2024, y abrir archivo PLIEGO DE CONDICIONES con modificaciones.pdf (0.45 MB)).

Concomitante con lo anterior, el INS en el oficio DCCE-08696-2024 del 28 de agosto de 2024 aportado con la oferta, en relación a la cláusula 22 del pliego de condiciones, expuso: *“Respuesta: Se entiende el apartado 22 “Reajuste de precios”, sin embargo, se aclara que, para el reajuste de precios en materia de seguros, tiene preponderancia la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, por tratarse de norma especial. En este sentido, el artículo 34 establece la obligación de los aseguradores de incluir en la prima todos los gastos, comisiones, costos, márgenes y aportes definidos por ley. / Al amparo del artículo 107 de Reglamento a la Ley General de Contratación de Pública, para el mantenimiento del equilibrio económico del contrato, el INS, podrá ajustar el monto de la prima al momento de la renovación para uno o más de los riesgos cubiertos, por modificación en las condiciones del riesgo asegurado, por aumento en la siniestralidad particular de este riesgo y en general del ramo de seguros, por motivos financieros de negocios, cambios en el mercado asegurador, inflación y demás factores que afecten la siniestralidad del ramo. / Si durante la vigencia de la póliza, o al término del plazo del contrato, se producen cambios significativos en el estado del riesgo que imperaba al inicio de la vigencia, se podrá realizar una revisión de los términos y condiciones, para ajustarlos a las nuevas condiciones imperantes. / El INS notificará al Tomador el cambio en el monto de la Prima a pagar al menos con treinta (30) días naturales de anticipación a la fecha del próximo vencimiento de la póliza. Se entenderá que el Tomador ha aceptado el cambio en el monto de la Prima a Pagar, si hace el pago correspondiente de la misma contra el Recibo de Pago. / Para la aplicación de esta cláusula, se debe brindar un detalle de cifras y justificación correspondiente a la variación de la prima y/o condiciones”* (resaltado es propio) (ver en la pantalla Detalle documentos adjuntos a la oferta el archivo Oferta PROCOMER 3 FIRMADA.pdf).

Reclama la PROCOMER al atender la audiencia inicial que el INS no ostenta legitimación en tanto considera que este último incluyó condicionamientos contrarios al pliego de condiciones y que fueron rechazados en el momento procesal oportuno, sea la fase de objeciones al pliego de condiciones. Al respecto y vistos los argumentos de las partes, estima este órgano contralor que lleva razón PROCOMER y que el INS carece de legitimación, por los motivos que de seguido se expondrán.

Sobre el particular, el artículo 48 de la Ley General de Contratación Pública (LGCP, Ley No. 9986), así como los numerales 90 inciso 4) y 123 del Reglamento a la Ley General de Contratación Pública (RLGCP, Decreto Ejecutivo No. 43808-H) establecen que la oferta deberá ser íntegra, es decir, la oferta deberá consistir en una propuesta que responda a las necesidades plasmadas en el pliego de condiciones y su sola presentación se entiende como la manifestación de voluntad de contratar con pleno sometimiento al ordenamiento jurídico, a las condiciones definidas por la Administración y cumplir con las obligaciones de la seguridad social, lo cual deberá mantener durante la ejecución del contrato.

Ahora bien, el INS expresamente en su oferta, tal y como se desprende de las transcripciones arriba efectuadas, en lo que atañe a la cláusula 6 sobre el presupuesto detallado a presentar por el eventual adjudicatario, condiciona su eventual cumplimiento a fin de apartarse del Anexo No. 4, y con ello, presentar el presupuesto en la forma que determine su representada; cuestión que trae como consecuencia que no haya aceptado integralmente el pliego de condiciones. Nótese que al igual como lo expresó en la oferta, en la única ronda de objeciones planteada por el propio INS, este impugnó el presupuesto detallado, por estimar que la estructura de precios y desgloses solicitados no se ajustaba a la realidad de los seguros, que se rigen por la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, así como al artículo 103 del Reglamento a la Ley General de Contratación Pública; y en esa oportunidad la Administración pese a no haberse allanado, aceptó incluir en la cláusula 6 la facultad del oferente de advertir en su oferta en caso de que no existiera un índice oficial para los costos directos, aplicando la documentación pertinente para la aplicación del método contemplado en los artículos 107 y 109 del Reglamento de la Ley General de Contratación Pública; y que en caso de no existir un índice oficial para costos indirectos, de igual forma se facultaría al oferente a proponer un índice oficial general de precios que se encontrara de conformidad con el artículo 102 del Reglamento de la Ley General de Contratación Pública.

Si bien el artículo 103 del Reglamento a la Ley General de Contratación Pública (RLGCP, Decreto Ejecutivo No. 43808) establece que el presupuesto detallado de la obra, bien o servicio contratado deberá ser presentado únicamente por el adjudicatario dentro del plazo de ocho días hábiles posteriores a la firmeza de la adjudicación y antes de la suscripción del contrato, lo cual resulta concordante con lo requerido en los primeros párrafos de la cláusula 6 antes transcrita; por otro lado la misma cláusula 6 estableció que para efectos de los oferentes, debían advertir con su plica en caso de que no existiera un índice para costos directos, y que en caso de no existir un índice oficial para costos indirectos, de igual forma se facultaba al oferente a proponer un índice oficial general de precios que fuera conteste con el artículo 102 del RLGCP.

En ese sentido, al haber señalado en la oferta el INS que el cuadro incluido en el Anexo No. 4 no se ajusta al objeto contractual de esta licitación y que adjuntaría un presupuesto detallado en su propio formato de acuerdo a lo que estima que es el alcance del contrato, ello implica que en efecto no existe una aceptación de la cláusula 6 del pliego de condiciones, pese a que así quedó consolidada luego de la única ronda de objeciones durante el procedimiento conforme a la resolución R-DCP-SICOP-01114-2024 de las 15:32 horas del 29 de julio de 2024.

Por otro lado, en lo que concierne a las cláusulas 19 y 19.1 sobre la multa y cláusula penal, derivadas del atraso en la atención de reclamos que presente PROCOMER en relación a los asegurados, el INS expresamente en su oferta apuntó que se regiría por un plazo de atención de reclamos de treinta (30) días hábiles en lugar de los tres (3) que indica el pliego; invocando para ello la Ley Reguladora del Mercado de Seguros y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Sobre el tema, el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (LRMS, Ley No. 8653 y sus reformas) estatuye que los asegurados deberán recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales. En un sentido similar, los artículos 12 inciso g) y 48 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros (LRCS, Ley No. 8956) disponen el derecho de los asegurados a recibir respuesta oportuna a todo reclamo, petición o solicitud, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales; y, la obligación del asegurador de brindar respuesta a todo reclamo mediante resolución motivada y por escrito, entregada al interesado en la forma acordada para tal efecto, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir del recibo del reclamo. Así las cosas, tal y como lo determinó esta Contraloría General en la resolución de fase de objeción R-DCP-SICOP-01114-2024 de las 15:32 horas del 29 de julio de 2024, los plazos establecidos en la LRMS y la LRCS, se tratan de plazos máximos, mas no así de mínimos.

En este caso, la Administración en las cláusulas 19 y 19.1 requirió un plazo de atención de reclamos de tres (3) días hábiles y así fue consolidado en el pliego de condiciones, cuestión que fue condicionada por el INS en su oferta, al señalar que el plazo conforme al cual resolverá es de treinta (30) días, lo cual indubitadamente implica una no aceptación integral del pliego de condiciones.

También, en relación a la cláusula 22 sobre el mecanismo de reajuste de precios, el INS expresamente en su oferta señala que considera que el determinado en el pliego no es el correcto para el producto de seguro, por lo que declaró que el INS, podría ajustar el monto de la prima al momento de la renovación para uno o más de los riesgos cubiertos, por modificación en las condiciones del riesgo asegurado, por aumento en la siniestralidad particular de este riesgo y en general del ramo de seguros, por motivos financieros de negocios, cambios en el mercado asegurador, inflación y demás factores que afecten la siniestralidad del ramo. Pese a que la propia cláusula 22 establecía que la empresa oferente podría proponer en su oferta una forma diferente para el reajuste de los precios indicando la fórmula y los índices a utilizar, a fin de que la Administración valorara si era más conveniente de conformidad con el mercado, lo cierto es que el INS con su oferta se reservó el derecho de reajustar unilateralmente el precio según lo estimara conveniente, sin haber señalado la fórmula y los índices a utilizar para valoración de la Administración; lo cual implica inexorablemente una no aceptación integral del pliego de condiciones. Nótese que la cláusula 22 disponía que de aceptarlo la Administración, se plasmaría la nueva fórmula de reajuste al formalizarse el contrato.

Cabe agregar que el INS en la única ronda de objeción dentro durante el procedimiento, había impugnado la cláusula sobre el reajuste de precio por considerar que no se ajustaba al objeto contractual y la Ley Reguladora del Mercado de Seguros; siendo que en resolución R-DCP-SICOP-01114-2024 de las 15:32 horas del 29 de julio de 2024 se rechazó de plano el recurso debido a falta de fundamentación.

Al respecto, resulta menester resaltar que, el hecho de que el INS haya indicado con su oferta que entiende y acepta los términos del pliego de condiciones, pierde fuerza y alcance, pues dicha aceptación de seguido se condiciona en los propios términos de la oferente, apartándose de lo expresamente establecido en el pliego de condiciones. Debe recordarse que según los artículos 8 incisos b), e) y f), y 40 de la LGCP; así como los ordinales 88 y 90 del RLGCP, la Administración se encuentra facultada para establecer discrecionalmente en el pliego las especificaciones que estime pertinentes a fin de garantizar la calidad de los bienes y la prestación de los servicios objeto de licitación; procurando atender la necesidad de la mejor manera, sin ocasionar daños a la Hacienda Pública, y, en ese sentido se espera de los oferentes se adhieran a estos requerimientos, en el tanto sean acordes al ordenamiento.

Si bien en el giro del mercado de seguros usualmente se maneja el modelo de los contratos de adhesión y contratos tipo, dichas condiciones no son aplicables de pleno en el derecho de la contratación pública, ya que justamente, el Estado entendido en sentido amplio, en su condición de administración licitante y parte contratante, ostenta una naturaleza de sujeto de derecho público, distinta a los sujetos de derecho privado; de manera que las licitaciones atienden a una necesidad y fin públicos particulares que deben ser satisfechos al amparo del principio de legalidad.

Como corolario de lo dicho, no es posible para los oferentes al presentar su plica, condicionar unilateralmente disposiciones de frente a contrataciones con sujetos de derecho público, apartándose con ello del clausulado del pliego, específicamente en cuanto a lo requerido por la Administración. Así las cosas y de conformidad con los motivos de hecho y de derecho arriba expuestos, se acoge lo alegado por la PROCOMER, **por tanto**, se declara **sin lugar el recurso de apelación** debido a la falta de legitimación del apelante INS. Se omite pronunciamiento sobre los demás extremos alegados por las partes, por carecer de interés para los efectos de lo resuelto en la parte dispositiva de la presente resolución.

III.- SOBRE LA NULIDAD ABSOLUTA, EVIDENTE Y MANIFIESTA DEL ACTO DE ADJUDICACIÓN.

Tal y como se desprende el apartado precedente, el recurso de apelación incoado por el INS fue declarado sin lugar debido a falta de legitimación del recurrente, no obstante, este órgano contralor aprecia que en la especie existe una nulidad absoluta, evidente y manifiesta del acto final de adjudicación; por los motivos que de seguido se expondrán.

En efecto, de conformidad con los numerales 28 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República (LOCGR, Ley No. 7428), 247 y 248 del Reglamento a la Ley General de Contratación Pública (RLGCP, Decreto Ejecutivo No. 43808), las nulidades que se aleguen con el recurso no se conocerán en caso de que el recurso sea declarado inadmisibles o improcedente, salvo que se trate de nulidad absoluta evidente y manifiesta.

Al respecto, la nulidad absoluta evidente y manifiesta se caracteriza porque, además de existir ausencia de uno o varios de los elementos esenciales del acto administrativo, resulta notoria y fácilmente perceptible, es decir, se puede extraer sin requerir un esfuerzo de interpretación; esto en virtud de la certeza, trascendencia, magnitud y evidencia de los vicios que padece el acto administrativo.

En suma, debe ser una nulidad que además de absoluta, resulte patente, notoria, ostensible, palpable, clara, cierta y que no ofrezca ningún margen de duda o que no requiera de un proceso o esfuerzo dialéctico o lógico de verificación para descubrirla, en razón de su índole grosera y grave (sobre el tema véanse por ejemplo los votos No. 1991-01563 de las 15:00 horas del 14 de agosto de 1991, No. 2003-04369 de las 08:30 horas del 23 de mayo de 2003, No. 2004-08371 de las 09:40 horas del 30 de julio de 2004, y, No. 2017-017497 de las 09:15 horas del 03 de noviembre de 2017; todos emitidos por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia).

En el caso de marras, en fecha 28 de agosto de 2024 se presentaron dos plicas: 1- INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (en adelante INS); y, 2- PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA SOCIEDAD ANÓNIMA (en lo sucesivo PAN AMERICAN) (ver en pantalla Resultado de la apertura). Bajo ese panorama y según se desprende el estudio técnico de las ofertas que consta agregado a secuencia No. 1533088 (0672024000100357) de las 15:18 horas del 19 de setiembre de 2024, PROCOMER determinó elegible la oferta de PAN AMERICAN, y, excluyó

por incumplimientos varios al INS, entre ellos los referidos a las cláusulas f) y n) del apartado 1 Condiciones específicas del servicio, ubicado en el capítulo IV. Condiciones específicas; pruebas de asegurabilidad y preexistencias respectivamente (ver en pantalla Listado de solicitudes de verificación la secuencia No. 1533088 y en esta abrir el archivo Estudio ofertas del Seguro 2025.pdf [1.69 MB]).

Lo anterior fue secundado en el acto final que recayó a favor de PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA S.A, según Acuerdo de Comisión Administrativa No. CAA-009-2024 adoptado en sesión No. 229-2024 celebrada el 20 de septiembre de 2024; y publicado a las 15:56 horas del 23 de setiembre de 2024 (ver en pantalla Acto Final el archivo CAA-009-2024 Adjudicación póliza de seguros para funcionarios PROCOMER.pdf [0.16 MB]).

Así las cosas, en este asunto, se otorgó audiencia a todas las partes en relación a la posible nulidad absoluta, evidente y manifiesta; a fin de que se refirieran en cuanto a la presunta desigualdad en el alcance del estudio de las ofertas desplegado por PROCOMER, que fue alegada por el INS, respecto la cobertura de aseguramiento en las plicas, específicamente en cuanto a las cláusulas f) y n) del apartado 1 Condiciones específicas del servicio ubicado en el capítulo IV. Condiciones específicas; pues aparentemente se había adjudicado a PAN AMERICAN pese a que ésta restringió la cobertura del aseguramiento, excluyendo a funcionarios temporales, provisionales y jubilados, e incluyó la implementación de pruebas de asegurabilidad, así como el establecimiento de limitaciones para las preexistencias, lo cual resultaba contrario a la letra del pliego de condiciones.

Ahora bien, en el pliego de condiciones publicado en fecha 01 de agosto de 2024, ubicado en el archivo denominado "PLIEGO DE CONDICIONES con modificaciones.pdf (0.45 MB)", se establecieron las cláusulas f) y n), con las siguientes reglas: **"IV. CONDICIONES ESPECÍFICAS / Se requiere contratar una empresa que asegure a los beneficiarios servicios de seguro médico de salud básico en medicina las 24 horas del día durante los 365 días del año. / 1 Condiciones específicas del servicio: / [...] / f. El trabajador no requerirá prueba de asegurabilidad para ser incluido en la póliza, ya que se requiere que todo el personal de la institución cuente con los mismos beneficios laborales sin importar su condición o edad. / [...] / n. Se deberán de cubrir las preexistencias de los funcionarios al 100% sin ninguna limitación de diagnósticos"** (resaltado es propio) (ver en pantalla Ingreso del pliego de condiciones, 2024LY-000005-0001700001 [Versión Actual] - 01/08/2024, el archivo PLIEGO DE CONDICIONES con modificaciones.pdf (0.45 MB)).

Por otro lado, el pliego de condiciones en el punto 2. Condiciones Generales del Servicio, estableció que dentro de los servicios mínimos de salud requeridos a atender se encontrarían las preexistencias, de manera que tendrían un período de espera para los trabajadores de nuevo ingreso: **"PRODUCTO / [...] Período de espera preexistencias / 12 meses para nuevos ingresos, siempre y cuando no sea una exclusión de la póliza."** (ver en pantalla Ingreso del pliego de condiciones, 2024LY-000005-0001700001 [Versión Actual] - 01/08/2024, el archivo PLIEGO DE CONDICIONES con modificaciones.pdf (0.45 MB)).

De las cláusulas anteriores, se puede concluir que: 1- ningún trabajador requería prueba de asegurabilidad para ser incluido a la póliza (sin distinción alguna de condición o edad), para así cubrir a todo el personal institucional; y, 2- las preexistencias debían ser cubiertas en su totalidad, sin limitación alguna de diagnóstico, salvo por lo indicado por el periodo de espera para los trabajadores de nuevo ingreso a la póliza.

En ese sentido, observa esta Contraloría General que, en la oferta presentada el 28 de agosto de 2024 por PAN AMERICAN, se indicó lo siguiente: **"GENERALIDADES – PLAN MÉDICO / 1. Elegibilidad: todos los funcionarios activos y permanentes, mayores de 18 años que trabajen exclusivamente para el Contratante en horario completo (mínimo no menos de 40 horas a la semana). No se consideran elegibles los empleados provisionales, temporales y jubilados. / [...] 3. Se requerirá la presentación del formulario "Prueba de Asegurabilidad" para los empleados nuevos que no son incluidos en el periodo de enrolamiento ordinario (primeros 30 días desde su fecha de elegibilidad). En estos casos la fecha efectiva de cobertura será la fecha en que el riesgo es evaluado y aceptado por la Compañía. / 4. Nuevos empleados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar adicionalmente el formulario "Prueba de Asegurabilidad". En estos casos la fecha efectiva de cobertura será la fecha en que el riesgo es evaluado y aceptado por la Compañía. / [...] / NOTAS DE IMPORTANCIA / [...] / 5. Para poner en vigencia este Plan se requerirá la siguiente documentación: a. Por parte del Patrono o Contratante: Oferta firmada, oficio de adjudicación y la documentación necesaria para el debido cumplimiento de la Política Conozca a su Cliente (ley 8204) / b. Por parte de cada nuevo miembro del grupo a asegurar: Tarjeta de Enrolamiento y Consentimiento Informado para el Tratamiento de Datos Personales. Se requerirá la Presentación del formulario "Prueba de Asegurabilidad" para nuevos empleados o cónyuges mayores de 65 años y para los que, independientemente de la edad, sean reportados por el Contratante después de transcurridos 30 días naturales a partir de la fecha en que eran elegibles para la cobertura de la póliza. Los empleados asegurados actualmente en la póliza No 280 no requieren presentar ningún formulario o requisito de aseguramiento."** (resaltado es propio) (ver en pantalla Detalle documentos adjuntos a la oferta el archivo Oferta.pdf)

Aunado a ello, en las Condiciones generales del seguro, PAN AMERICAN indica que: **"5. Elegibilidad de los Asegurados / Elegibilidad de los Asegurados Titulares / Son elegibles para ser Asegurados de esta Póliza todos los empleados activos y permanentes, mayores de 18 años que trabajan tiempo completo (al menos cuarenta (40) horas por semana), por periodo indefinido y exclusivamente para el Contratante. No se considerarán elegibles los empleados provisionales, temporales ni jubilados. / Nuevos empleados de sesenta y cinco (65) años de edad o más deben suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía de conformidad con la cláusula VI.E.7. / Asegurabilidad. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la cobertura será efectiva en la fecha designada por la Compañía. / La Compañía tendrá el derecho a declinar la cobertura si durante el proceso de revisión de las Pruebas de Asegurabilidad se presentan factores de riesgo que hacen del propuesto Asegurado una exposición excesiva que atenta contra la siniestralidad de la Póliza. / Los lineamientos que determinan dichos factores de riesgo están determinados en las Políticas de Suscripción de la Compañía, tales como, pero no limitados a: estado de salud, combinación peso/estatura, u ocupación. / Los empleados del Contratante activos en la Fecha Efectiva de la Póliza, tendrán derecho a la cobertura desde ese mismo momento; para los Empleados nuevos del Contratante o Empleados que no fueron agregados a la Póliza desde su Fecha Efectiva se aplicará el siguiente criterio: / [...] / 7. Asegurabilidad / Para efectos de comprobar la Elegibilidad de un propuesto Asegurado con edad igual o mayor a sesenta y cinco (65) años, o un propuesto Asegurado menor de sesenta y cinco (65) años que de acuerdo con lo indicado en la cláusula VI.E.5. Elegibilidad de los Asegurados deba presentar requisitos de Asegurabilidad, se deberá presentar a la Compañía el formulario de Prueba de Asegurabilidad que ésta le**

proporcione. En caso de que los resultados del formulario de Prueba de Asegurabilidad impliquen la necesidad de efectuar algún examen médico particular al Asegurado, tales como, pero no limitados a: - Cuestionarios médicos específicos, -Examen médico general, -Examen de orina, -Electrocardiograma, -Examen de H.I.V., -Radiografía de Tórax, y -Perfil bioquímico, el Asegurado deberá presentarlo y cubrir el costo de los mismos. / Una vez recibida de parte del Asegurado, la Prueba de Asegurabilidad y las correspondientes pruebas médicas, en caso de ser necesaria alguna, la Compañía, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, evaluará su estado actual para que, de conformidad con los factores de riesgo del propuesto Asegurado, tales como, pero no limitados a: -estado de salud, - combinación peso/estatura, u -ocupación, determine su Elegibilidad o no bajo la póliza y las condiciones de su aseguramiento. Si la Compañía determina la posibilidad de aseguramiento del propuesto Asegurado bajo la póliza, procederá a notificarle, dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, sus condiciones de aseguramiento de conformidad con el análisis del riesgo efectuado. / Por ser un contrato tipo, la Compañía puede acordar con el Contratante la modificación de los requisitos de Asegurabilidad, lo cual deberá quedar debidamente documentado en las Condiciones Particulares de la Póliza.” (resaltado es propio) (ver en pantalla Detalle documentos adjuntos a la oferta el archivo Condiciones Generales - Pan-American Employee Benefits Plan - v27072024.pdf)

De la plica de PAN AMERICAN indubitadamente se extrae que no se consideran elegibles para cobertura de aseguramiento los empleados que trabajen menos de 40 horas semanales, provisionales, temporales y jubilados, asimismo que a los empleados nuevos y mayores de 65 años, y aquellos que independientemente de la edad sean reportados después de transcurridos 30 días naturales a partir de la fecha en que eran elegibles para la cobertura de la póliza, deberán practicarse prueba de asegurabilidad; lo cual resulta abiertamente contrario a la cláusula f) del pliego de condiciones que fue arriba citada. Si bien, PROCOMER señala que no posee en su planilla personal menor de edad, jubilado o mayor de 65 años, omitió referirse a la situación de los empleados con jornadas laborales menores a 40 horas, provisionales y temporales.

Justamente, el artículo 7 de la Ley que Crea Ministerio de Comercio Exterior y Promotora de Comercio Exterior (Ley No. 7638) establece que PROCOMER es una entidad pública de carácter no estatal, y, según los numerales 11 inciso e) y 12 incisos a) y g) del mismo cuerpo legal, el nombramiento, la remoción y el régimen de empleo de la Promotora se regirán por las disposiciones del Código de Trabajo, de manera que no es de aplicación el Estatuto de Servicio Civil (Ley No. 1581).

Por lo tanto, resulta de especial relevancia la determinación del alcance de la exclusión del aseguramiento de PAN AMERICAN de los empleados con jornadas menores a 40 horas semanales, temporales o provisionales, quienes al efecto quedarían fuera de dicha cobertura, lo cual podría representar eventualmente una violación de los artículos 26, 27, 28, 404, 405 y 407 del Código de Trabajo (Ley No. 2 y sus reformas), por constituirse una distinción en el acceso a ese beneficio entre los trabajadores con jornadas de medio tiempo o tiempo parcial, trabajadores con contratos por plazo determinado y los trabajadores con contrato por plazo indefinido, pese a desempeñar funciones en el mismo ente; así como los empleados nuevos y mayores de 65 años, que si bien PROCOMER señala que no posee adultos mayores actualmente en su planilla conforme al censo efectuado, ello no implica que a futuro no exista la posibilidad de que alguno de sus trabajadores llegue a ostentar dicha condición.

También, cabe reseñar que PROCOMER no brindó datos de referencia en torno a la cantidad de trabajadores con jornadas menores a 40 horas semanales, temporales y/o provisionales con los que ha contado históricamente y con los que cuenta actualmente, y tampoco se halla un análisis de trascendencia en torno a la exclusión de éstos, pese a que en el pliego se estableció que todo el personal de la institución debía contar con los mismos beneficios de aseguramiento sin importar su condición o edad.

De lo anterior es posible concluir que: 1- la plica de PAN AMERICAN expresa e inequívocamente excluye empleados con jornadas menores a 40 horas semanales, temporales y provisionales, y además, solicita pruebas de asegurabilidad a los empleados nuevos y mayores de 65 años, y a aquellos que independientemente de la edad sean reportados después de transcurridos 30 días naturales a partir de la fecha en que eran elegibles para la cobertura de la póliza, pese a que el pliego en la cláusula f) del apartado 1 Condiciones específicas del servicio ubicado en el capítulo IV. Condiciones específicas, requería aseguramiento sin distinción y sin prueba de asegurabilidad alguna; 2- PROCOMER no ha dimensionado la trascendencia de dicho incumplimiento de frente a la realidad histórica y actual del ente respecto a empleados con jornadas menores a 40 horas semanales, temporales y provisionales, así como los nuevos y mayores de 65 años, por lo que existe una falta de los elementos esenciales de motivo y motivación del acto final; y, 3- que dicho análisis resulta indispensable a fin de determinar si el acto final se encuentra ajustado a la normativa laboral aplicable y el fin público perseguido conforme a la letra del pliego de condiciones; lo cual a todas luces arroja una nulidad absoluta, evidente y manifiesta.

En adición, en la oferta presentada el 28 de agosto de 2024 por PAN AMERICAN se indicó lo siguiente: **“GENERALIDADES - PLAN MÉDICO / [...] / 2. No se cubren condiciones preexistentes durante los primeros 12 meses de cobertura de cada nuevo asegurado. Se considera como pre-existente a cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad, presente al momento de tomar el seguro, incluyendo embarazo de un Asegurado, sin tener en cuenta que el Asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionados con tal condición o enfermedad; o aquella condición que, según la experiencia médica o a través de segunda valoración por un médico especialista afín a la patología del caso, inició antes de la Fecha Efectiva de la Cobertura Individual del Asegurado. / [...] / NOTAS DE IMPORTANCIA / 14. Las tarifas indicadas incluyen el beneficio de continuidad de cobertura y deducible para las personas que provienen de la póliza N° 280 bajo sus condiciones vigentes.”** (resaltado es propio) (ver en pantalla Detalle documentos adjuntos a la oferta el archivo Oferta.pdf)

Aunado a ello, en la oferta presentada el 28 de agosto de 2024 por PAN AMERICAN en el apartado “SEGURO DE GASTOS MÉDICOS”, se establecieron 53 puntos de exclusión de cobertura, dentro de los cuales en el punto 4 se dispuso que **no se pagarán beneficios por ningún gasto, cargo o costos por servicios médicos u hospitalarios, causados por o que se deban a, o que resulten de cualquier equipo, insumo, servicio, procedimiento y tratamiento médico ocurrido o prestado para tratar Condiciones Preexistentes** (ver en pantalla Detalle documentos adjuntos a la oferta el archivo Oferta.pdf).

Asimismo, en las Condiciones generales del seguro, PAN AMERICAN indica que: **"1. Restricciones por Condiciones Preexistentes / La Compañía y el Contratante acordarán el Período de Espera para las Condiciones Preexistentes y este se detallará en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de que los propuestos Asegurados deban presentar Prueba de Asegurabilidad para su ingreso a la Póliza, las Condiciones Preexistentes deben haber sido declaradas y no haber sido excluidas de forma permanente, para que sean elegibles para cobertura una vez pasado el período de espera. En caso de que la Compañía exonere al Contratante de la obligación de presentar Pruebas de Asegurabilidad a sus empleados para ingresar a la Póliza, las partes acordarán aplicar o no un Período de Espera para Condiciones Preexistentes de acuerdo con la definición de esta Póliza. Adicionalmente, las partes podrán acordar excluir ciertas Condiciones Preexistentes de forma permanente. Los gastos causados por, que resulten de, o que se deban a las Condiciones Preexistentes sujetas al Período de Espera para Condiciones Preexistentes definido en las Condiciones Particulares, no serán elegibles para cobertura y no se acumularán para el Deducible indicado en el Cuadro de Beneficios. Posterior al período de espera establecido, las condiciones pre-existentes declaradas tendrán cobertura como cualquiera otra Enfermedad, sujetas a los límites de cobertura establecidos en el Cuadro de Beneficios. Cualquier omisión de parte del Asegurado al no revelar o describir con certeza una condición médica preexistente o tratamiento realizado antes de la fecha de llenado de la prueba de Asegurabilidad podrá ser causal de terminación de la cobertura de acuerdo con lo indicado en la sección VI.6.A.2. Obligaciones del Asegurado."** (resaltado es propio) (ver en pantalla Detalle documentos adjuntos a la oferta el archivo Condiciones Generales - Pan-American Employee Benefits Plan - v27072024.pdf).

Así, el pliego en la cláusula n) del apartado 1 Condiciones específicas del servicio ubicado en el capítulo IV. Condiciones específicas, requería cubrir las preexistencias de los funcionarios al 100% sin ninguna limitación de diagnósticos; en este caso concreto la oferta de PAN AMERICAN sin duda alguna, estableció restricciones por condiciones preexistentes, con un señalamiento expreso de tal situación; sin que PROCOMER haya efectuado una valoración de la trascendencia de este incumplimiento, respecto de la necesidad a cubrir y el fin público perseguido. Nótese que la cláusula n) tampoco distinguió las preexistencias entre empleados ya asegurados y los nuevos por ingresar a la póliza, no obstante en el punto 2 de las condiciones generales, se estableció un período de espera de 12 meses para los nuevos.

En el caso concreto, dichos incumplimientos son derivables del propio texto de la plica de PAN AMERICAN, sin esfuerzo o interpretación alguna, pues las exclusiones de los empleados con jornadas menores a 40 horas semanales, temporales, provisionales y jubilados, el establecimiento de las pruebas de asegurabilidad, y, las restricciones en las preexistencias, relacionadas con las cláusulas f) y n) del pliego; se encuentran indicadas en la oferta de manera expresa e inequívoca como tales por parte de la actual adjudicataria.

En adición, resulta imperioso apuntar que ni del estudio de mercado ni del censo 2024 de trabajadores de PROCOMER, ambos agregados con la decisión inicial, se logran ubicar datos que permitan acreditar que haya sido voluntad de la Administración excluir empleados con jornadas menores a 40 horas semanales, provisionales, temporales o jubilados; o determinar excepciones en cuanto a las preexistencias (ver en pantalla Solicitud de contratación abrir archivos 17 06 2024 Estudio de mercado Seguro Médico.pdf (319.71 KB) y Procomer, censo 2024.pdf (21.92 KB)); de manera tal que al haberse consolidado las cláusulas f) y n) del apartado 1 Condiciones específicas del servicio ubicado en el capítulo IV. Condiciones específicas, sin excepción alguna, no resulta procedente la interpretación restrictiva de las mismas.

Aun y cuando el INS no acreditó su legitimación y como consecuencia se declaró sin lugar el recurso de apelación interpuesto, de oficio esta Contraloría General aprecia que en la especie se ha configurado un vicio de nulidad absoluta, evidente y manifiesta en cuanto a los elementos del motivo y la motivación del acto final, según los términos de los artículos 133 y 136 de la Ley General de la Administración Pública (LGAP, Ley No. 6227), así como el ordinal 28 de la LOCGR; lo cual cede en este caso concreto ante el favorecimiento de conservación de los actos que abarcan los principios de eficacia y eficiencia preceptuados en el artículo 8 inciso f) de la Ley General de Contratación Pública. Esto es así, bajo el entendido de que este órgano contralor también debe velar porque el acto de adjudicación se encuentre ajustado no solo a derecho incluyendo las normas laborales, sino además conforme a un uso eficiente de los fondos públicos que administra PROCOMER al tenor del artículo 9 de la Ley No. 7638, y, conforme a las condiciones que fueron determinadas y consolidadas en el pliego.

En esos términos era deber de la Administración realizar el análisis de trascendencia de los incumplimientos conforme al numeral 134 del RLGC, a fin de sostener la conservación de la oferta de PAN AMERICAN, de manera que motivara en el análisis técnico y el acto final, por qué los incumplimientos de PAN AMERICAN fueron valorados como intrascendentes y no implicaban la exclusión de la plica (sobre el tema véase el precedente R-DCA-SICOP-01193-2023 de las 15:54 horas del 04 de octubre de 2023 reiterado en resoluciones R-DCP-SICOP-00440-2024 de las 14:49 horas del 01 de abril de 2024, R-DCP-SICOP-00511-2024 de las 12:39 horas del 11 de abril de 2024 y R-DCP-SICOP-00782-2024 de las 13:27 del 04 de junio de 2024).

Cabe agregar que, lo anterior tiene una incidencia primordial en la valoración de los riesgos ante una eventual fase de ejecución contractual, pues ello se reflejará en el acceso del seguro sin discriminación o distinción alguna, para todos los empleados de PROCOMER, lo cual evidentemente resulta trascendental y sustancial, no así una mera formalidad.

Por tanto, de conformidad con los elementos de hecho y de derecho antes explicados, así como los numerales 28 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, 247 y 248 del Reglamento a la Ley General de Contratación Pública; de oficio **se anula el acto final de adjudicación** que recayó a favor de PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA S.A, según Acuerdo de Comisión Administrativa No. CAA-009-2024 adoptado en sesión No. 229-2024 celebrada el 20 de septiembre de 2024; y publicado a las 15:56 horas del 23 de setiembre de 2024.

Se ordena a la Administración proceder con el nuevo análisis de la oferta de PAN AMERICAN, realizar la debida motivación del acto administrativo y resolver el asunto como en derecho corresponda.

III.- SOBRE LA TEMERIDAD ALEGADA RESPECTO AL RECURSO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS.

En relación a la mala fe, abuso procesal y temeridad alegada por la PROMOTORA DE COMERCIO EXTERIOR y la solicitud de que se proceda conforme al numeral 93 de la LGCP en contra del apelante INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, vistos los argumentos de las partes y analizado el caso, aprecia esta Contraloría General que el recurso no resulta temerario en los términos del ordinal 93 de la Ley General de Contratación Pública.

No se observa que el apelante haya actuado con temeridad, mala fe o abuso de derechos procedimentales, al no considerarse que exista un abuso al ejercitar acciones totalmente infundadas, de mala fe, o con hechos contrarios a la realidad, pues aunque el INS no logró superar la totalidad de los incumplimientos endilgados a su oferta tanto con el estudio técnico como con la audiencia inicial; tal y como se explicó en el apartado precedente, la oferta de su competidora PAN AMERICAN poseía algunos incumplimientos, que no fueron analizados debidamente por la Administración durante el estudio de las ofertas y la emisión del acto final. razón por la cual finalmente se declaró la nulidad absoluta, evidente y manifiesta del acto de adjudicación.

En ese sentido, no procede en este asunto el establecimiento de una multa por temeridad, y, **por tanto, se rechaza** lo peticionado por la recurrida PROCOMER en contra del INS.

Recurso 812202400000921 - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Requisitos exigidos por normativa técnica-servicios - Argumento de las partes

Ver argumento de las partes en el expediente electrónico del recurso en SICOP.

Requisitos exigidos por normativa técnica-servicios - Criterio CGR

Declaratoria de nulidad absoluta, evidente y manifiesta (Ley 9986) ▼

Ver lo resuelto por la Contraloría General de la República en el formulario identificado como "*Condiciones invariables (admisibilidad) - Criterio CGR*".

Recurso 812202400000921 - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Contrato de servicios - Argumento de las partes

Ver argumento de las partes en el expediente electrónico del recurso en SICOP.

Contrato de servicios - Criterio CGR

Declaratoria de nulidad absoluta, evidente y manifiesta (Ley 9986) ▼

Ver lo resuelto por la Contraloría General de la República en el formulario identificado como "*Condiciones invariables (admisibilidad) - Criterio CGR*".

5. Aprobaciones

Encargado	FERNANDO MADRIGAL MORERA	Estado firma	La firma es válida
Fecha aprobación(Firma)	20/12/2024 13:49	Vigencia certificado	17/05/2024 15:22 - 16/05/2028 15:22
DN Certificado	CN=FERNANDO MADRIGAL MORERA (FIRMA), OU=CIUDADANO, O=PERSONA FISICA, C=CR, GIVENNAME=FERNANDO, SURNAME=MADRIGAL MORERA, SERIALNUMBER=CPF-02-0652-0911		
CA Emisora	CN=CA SINPE - PERSONA FISICA v2, OU=DIVISION SISTEMAS DE PAGO, O=BANCO CENTRAL DE COSTA RICA, C=CR, SERIALNUMBER=CPJ-4-000-004017		
Encargado	ALFREDO AGUILAR ARGUEDAS	Estado firma	La firma es válida
Fecha aprobación(Firma)	20/12/2024 13:55	Vigencia certificado	16/11/2023 15:59 - 15/11/2027 15:59
DN Certificado	CN=ALFREDO AGUILAR ARGUEDAS (FIRMA), OU=CIUDADANO, O=PERSONA FISICA, C=CR, GIVENNAME=ALFREDO, SURNAME=AGUILAR ARGUEDAS, SERIALNUMBER=CPF-01-1249-0197		
CA Emisora	CN=CA SINPE - PERSONA FISICA v2, OU=DIVISION SISTEMAS DE PAGO, O=BANCO CENTRAL DE COSTA RICA, C=CR, SERIALNUMBER=CPJ-4-000-004017		
Encargado	ELARD GONZALO ORTEGA PEREZ	Estado firma	La firma es válida
Fecha aprobación(Firma)	20/12/2024 13:59	Vigencia certificado	21/05/2024 15:18 - 20/05/2028 15:18
DN Certificado	CN=ELARD GONZALO ORTEGA PEREZ (FIRMA), OU=CIUDADANO, O=PERSONA FISICA, C=CR, GIVENNAME=ELARD GONZALO, SURNAME=ORTEGA PEREZ, SERIALNUMBER=CPF-01-0931-0970		

CA Emisora

CN=CA SINPE - PERSONA FISICA v2, OU=DIVISION SISTEMAS DE PAGO, O=BANCO CENTRAL DE COSTA RICA, C=CR, SERIALNUMBER=CPJ-4-000-004017

6. Notificación resolución

**Fecha/hora máxima
adición aclaración**

08/01/2025 23:59

Número resolución

R-DCP-SICOP-02116-2024

Fecha notificación

20/12/2024 14:19