

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERIA
FACULTAD DE INGENIERIA INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS**



**“DISEÑO DE UN MÓDULO DE FINANZAS QUE
FACILITE EL ANÁLISIS DE RENTABILIDAD Y LA
TOMA DE DECISIONES ESTRATÉGICAS EN UNA
COMPAÑÍA DE SEGUROS.”**

INFORME DE SUFICIENCIA

**Para Optar el Título Profesional de
Ingeniero de sistemas**

HUAMANÍ CAMARGO, YEINY FABIOLA

LIMA – PERU

2014

DEDICATORIA:

A Luisa, mi madre, por su infinito amor, esfuerzo e inacabable dedicación, por estar siempre a mi lado, enseñándome a luchar por mis sueños.

A Valerio, mi padre, por su esfuerzo, cariño y por todos los años de trabajo dedicados a nuestra familia.

A mi hermanito Hans, por su apoyo, su amor, por estar siempre conmigo en los momentos más difíciles, por -sus consejos y por alegrar mis días.

A Walter, por todo su apoyo, comprensión y amor.

A una persona muy especial que hoy está en el cielo y a quien siempre llevaré en mi corazón, mi tío Martin.

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I	11
PENSAMIENTO ESTRATÉGICO	11
1.1. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL.....	11
1.1.1. ORGANIZACIÓN.....	11
1.1.2. PRODUCTOS Y SERVICIOS	12
1.1.3. PROVEEDORES	13
1.1.4. CLIENTES	13
1.1.5. SISTEMAS	13
1.1.6. PROCESOS.....	14
1.2. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO.....	14
1.2.1. DIAGNÓSTICO INTERNO	14
1.2.1.1. DIAGNÓSTICO DEL RECURSO HUMANO.....	14
1.2.1.2. DIAGNÓSTICO DEL RECURSO ORGANIZACIONAL.....	15
1.2.1.3. DIAGNÓSTICO DE RECURSOS FÍSICOS	16
1.2.1.4. DIAGNÓSTICO DE RECURSOS INTELECTUALES.....	16
1.2.1.5. CULTURA ORGANIZACIONAL DE LA COMPAÑÍA	17
Misión	17
Visión	17
Valores.....	17
1.2.2. DIAGNÓSTICO EXTERNO	17
1.2.2.1. ANÁLISIS DEL MACRO AMBIENTE	17
1.2.2.2. ANÁLISIS DEL MICRO AMBIENTE	25
1.2.3. MATRIZ FODA.....	34
CAPÍTULO II	35
MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO	35
2.1. MARCO TEÓRICO	35
2.1.1. IEEE-STD-830- 1998: ESPECIFICACIONES DE LOS REQUISITOS DEL SOFTWARE	35
2.1.2. SEGUROS:	38
2.2. MARCO METODOLÓGICO	45
CAPÍTULO III	52

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.....	52
3.1. SITUACIÓN ACTUAL.....	52
<i>INDICADORES.....</i>	<i>53</i>
NIVEL DE CONFIANZA: SE DEFINE COMO LA SUMATORIA DE MONTOS DE AQUELLAS CUENTAS QUE TIENEN INFORMACIÓN A NIVEL DE PÓLIZA / CERTIFICADO DESDE EL ORIGEN (SISTEMA TRANSACCIONAL) ENTRE EL MONTO TOTAL.....	53
ANÁLISIS DE LA DATA HISTÓRICA	53
3.1.1. LEVANTAMIENTO DE LOS PROCESOS ACTUALES.....	54
3.1.2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	56
3.1.3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	56
3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	57
3.2.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	57
<i>ENUNCIADO DEL PROBLEMA:</i>	<i>57</i>
3.2.2. OBJETIVOS.....	59
3.2.2.1. <i>OBJETIVO GENERAL.....</i>	<i>59</i>
3.2.2.2. <i>OBJETIVO ESPECIFICO</i>	<i>59</i>
3.2.3. JUSTIFICACIÓN	59
3.3. PLANTEAMIENTO DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.....	60
3.3.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	60
3.3.2. SELECCIÓN DE UNA ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN.....	61
3.3.3. PLAN DE ACCIÓN PARA DESARROLLAR LA SOLUCIÓN.....	62
<i>Proceso actual: Solicitud de asientos manuales</i>	<i>78</i>
<i>Nuevo proceso: Administración de criterios de distribución de cuentas.....</i>	<i>79</i>
<i>Nuevo Proceso: Cálculo y validación del Resultado Técnico</i>	<i>79</i>
CAPÍTULO IV	80
ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO	80
4.1. INFORMACIÓN DE SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL.....	80
4.2. RESULTADOS LUEGO DE APLICAR LA SOLUCIÓN.....	84
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
BIBLIOGRAFÍA.....	95

FIGURAS

Figura 1. Organigrama Rímac Seguros	12
Figura 2. La respuesta de Rímac al esquema de las cinco fuerzas	33
Figura 3. Matriz FODA Rímac	34
Figura 4. Procesos y Sub-procesos MGIP	46
Figura 5. Ciclo de Vida y Fases de RUP	48
Figura 6. Diagrama General de RUP	49
Figura 7. Diagrama Clasificación por Nivel de Complejidad	51
Figura 8. Diagrama Procesos AS IS	54
Figura 9. Diagrama Causa Efecto	57
Figura 10. Análisis de Causas	58
Figura 11. Análisis de Causas por detalle a nivel de pólizas	58
Figura 12. Resultados y cálculo de las alternativas de solución	61
Figura 13. Diagrama de Casos de Uso de Negocio	65
Figura 14. Diagrama de Contexto de la solución	67
Figura 15. Prototipo1	68
Figura 16. Prototipo2	68
Figura 17. Prototipo3	69
Figura 18. Prototipo4	69
Figura 19. Prototipo5	70
Figura 20. Prototipo6	70
Figura 21. Prototipo7	70
Figura 22. Prototipo8	70
Figura 23. Prototipo9	71
Figura 24. Prototipo10	71
Figura 25. Prototipo11	71
Figura 26. Prototipo12	71
Figura 27. Prototipo13	72
Figura 28. Prototipo14	72
Figura 29. Prototipo15	73
Figura 30. Prototipo16	73
Figura 31. Prototipo17	74
Figura 32. Prototipo18	74
Figura 33. Prototipo19	75
Figura 34. Prototipo20	75
Figura 35. Prototipo21	76

Figura 36. Prototipo22	76
Figura 37. Prototipo23	77
Figura 38. Prototipo24	77
Figura 39. Prototipo25	78
Figura 40. Diagrama de procesos – Solicitud de Asientos Manuales	78
Figura 41. Diagrama de procesos – Administración de Criterios de Dist. de Cuentas	79
Figura 42. Diagrama de procesos – Administración de Criterios de Dist. de Cuentas	79
Figura 43. Resultados Financieros	83

TABLAS

Tabla 1. Descripción Procesos Involucrados en la Distribución de Resultados Técnicos	14
Tabla 2. Leyes, Códigos y Normas que reglamentan el mercado de seguros de vida	24
Tabla 3. Ranking participación principales empresas aseguradoras a marzo de 2014	26
Tabla 4. Clasificación de Proveedores por Categoría	27
Tabla 5. Comisiones Cobradas por las Entidades Recaudadoras	28
Tabla 6. Distribución por porcentajes de acuerdo al tipo de obtención de información	53
Tabla 7. Procedimiento de la Creación de asientos manuales	55
Tabla 8. Tabla de Proyectos versus tipos de interdependencia	56
Tabla 9. Descripción de los Actores del Sistema	66
Tabla 10. Costos de equipo requerido	80
Tabla 11. Costos Desarrollo - IN HOUSE	81
Tabla 12. Costos Desarrollo – Outsourcing	82
Tabla 13. Nivel de confianza	84

RESUMEN EJECUTIVO

Rímac Seguros es una de las principales compañías del mercado asegurador peruano. Forma parte de uno de los grupos empresariales más grande del Perú y tiene más de 100 años de experiencia en el mercado asegurador.

Rímac Seguros brinda la más alta variedad de productos y servicios adecuados a las necesidades del cliente, que van acompañados por una atención de calidad y un gran respaldo financiero. Como consecuencia de lo anterior, la compañía cuenta con la más alta participación del mercado asegurador en los últimos años.

Pensando en la necesidad de la compañía de contar con información confiable y oportuna, de su rentabilidad, a niveles de análisis que permitan mejorar la toma de decisiones, la identificación de oportunidades de negocio, así como la repotenciación de los productos de su cartera es que se toma la iniciativa de lograr una ventaja competitiva, lo anterior deriva en la necesidad de llevar a cabo un desarrollo interno que permita dar mantenimiento a los criterios de distribución, así como brindar los reportes necesarios que faciliten la toma de decisiones.

Entre los beneficios que se lograrán tenemos: la reducción de los errores de cálculo en la información y la eliminación de la manipulación de datos.

DESCRIPTORES TEMÁTICOS

- Asientos Manuales
- Certificado de Seguro
- Póliza
- Prima Neta
- Prima Bruta
- Resultado Técnico
- Siniestro
- Drivers
- RUP
- Seguros
- Rentabilidad

INTRODUCCIÓN

Actualmente la disposición de información y datos adecuados que faciliten la toma de decisiones se ha convertido en requisito indispensable para el éxito en las empresas y organizaciones. Es justamente la necesidad de asegurar que los datos sean confiables, lo que puede convertirse en una ventaja competitiva para la organización o en una desventaja.

Los sistemas de información y las aplicaciones juegan un papel importante en el almacenamiento y la obtención de datos; sin embargo, si estos sistemas y aplicativos no son debidamente gestionados pueden direccionar a la alta directiva a la toma de decisiones erróneas que ocasionen grandes pérdidas a la compañía.

El problema presentado a continuación se debe a la falta de detalle en la información de las cuentas contables que componen el resultado técnico, este nivel de detalle no puede ser alcanzado debido a que el proceso actual no contempla la obtención de información a nivel del cliente.

Obtener información a nivel de detalle de cliente es imprescindible ya que permitirá reconocer que clientes son de alto riesgo y generan enormes pérdidas a través de la liquidación de siniestros, permitiéndonos reconocer si el retirar un producto que aparentemente presenta pérdidas es la solución o si hay un problema no tan evidente detrás.

En el presente trabajo se va a comparar tres alternativas de solución al problema identificado, y se va demostrar las ventajas de las soluciones brindadas por las Tecnologías de la información.

Finalmente se resalta la estructura del presente documento. El primer capítulo está dedicado al diagnóstico de la empresa, se describe su organización, productos, servicios, proveedores, clientes y se realiza un análisis estratégico. En el segundo capítulo se detalla el marco teórico y metodológico que servirá para explicar la solución planteada. En el capítulo 3 se describe el proceso de toma de decisiones, primero se identifica el problema, luego se plantean alternativas de solución y al final se elige una alternativa. En el cuarto capítulo se analizan los resultados económicos obtenidos. Finalmente se detalla las conclusiones, recomendaciones y anexos.

CAPÍTULO I

PENSAMIENTO ESTRATÉGICO

1.1. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

1.1.1. Organización

Rímac Seguros es la empresa líder del mercado asegurador peruano. Forma parte del grupo empresarial más grande del Perú y tiene más de 115 años de experiencia en el mercado. Actualmente cuenta con más de 6 mil colaboradores al servicio de sus clientes.

Su solidez y respaldo financiero es reconocido por dos de las más importantes clasificadoras internacionales de riesgo: Moody's Investors Service y Fitch Ratings, quienes les otorgaron el grado de inversión, siendo la única aseguradora en Perú que opera con dichas calificaciones en los ramos de Riesgos Generales y Vida.

De igual manera, Rímac Seguros cuenta con la calificación A+ de las dos clasificadoras de riesgo más importantes del Perú: Equilibrium y Apoyo & Asociados.

Poseedora de la más alta gama de productos y servicios adecuados a las necesidades del cliente, los cuales van acompañados por una atención de calidad y un gran respaldo financiero, Rímac Seguros tiene la más alta participación del mercado asegurador en los últimos años.

A continuación se muestra la Figura 1. que muestra el organigrama de la empresa Rímac Seguros y reaseguros.

ORGANIGRAMA

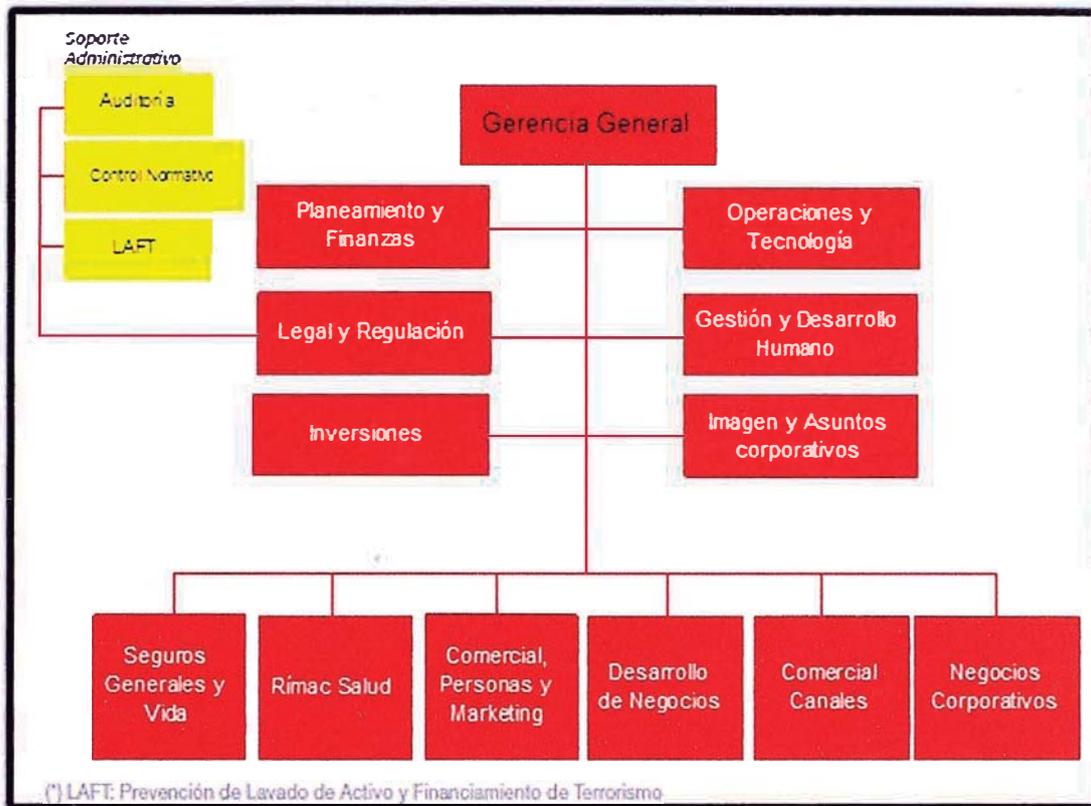


Figura 1. Organigrama Rímac Seguros
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

1.1.2. *Productos y Servicios*

Entre los principales productos de Rímac Seguros tenemos:

- **Seguros de Personas**
 - Seguros de Salud
 - Seguros de Vida
 - Seguros Vehiculares
 - Seguros Domiciliarios
- **Seguros de Empresas**
 - Riesgos Generales
 - Vida Ley
 - SCTR

Entre los principales servicios tenemos

- Servicios de talleres
- Servicio de Grúa.

1.1.3. Proveedores

Aquí nos enfocaremos principalmente en los proveedores de Tecnología, en resumen podemos agruparlos así:

- Indra
- Tata
- IBM
- Conastec

Software y Soluciones de Negocio:

- IBM

1.1.4. Clientes

Los clientes de Rímac están compuestos por Personas y empresas. Entre las principales empresas están:

BBVA
Curacao
Carsa
Ripley
Saga Falabella

1.1.5. Sistemas

Los sistemas son muy importantes para el funcionamiento adecuado de la compañía, es por eso que el desarrollo de nuevos sistemas es continuo.

Actualmente los sistemas core son:

Acsel X
REL
SAS
MSAS

1.1.6. *Procesos*

En la Tabla 1 se muestran los procesos involucrados en la distribución de los resultados técnicos.

Tabla 1
Descripción de Procesos Involucrados en la Distribución de Resultados Técnicos
Fuente: Elaboración Propia

Descripción de Procesos	
P1	Proceso de extracción de información del Contabilizador a nivel póliza/certificado.
P2	Realizar Copia de respaldo de RRC desde A/X y generar la información a nivel de póliza/certificado para el driver correspondiente.
P3	Generar la información de Provisión de Cobranza a nivel póliza/certificado para el driver correspondiente.
P4	Generar la información a nivel póliza/certificado para los drivers de Producción, Producción Reasegurada y Siniestros.
P5	Proceso de distribución de los asientos manuales sobre la información con detalle de póliza.
P6	Proceso de distribución por drivers sobre la información que no tiene detalle póliza/certificado.
P7	Registro de Detalles de Asientos Manuales

1.2. DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

1.2.1. Diagnóstico Interno

El diagnóstico interno busca evaluar el estado competitivo actual y el futuro probable de la empresa respecto de los recursos que intervienen en la producción.

1.2.1.1. *Diagnóstico del recurso humano*

El área de Recursos Humanos debe administrar el presupuesto de personal en base al control del crecimiento alineado al modelo de la organización y a proyectos que generan utilidad adicional y la revisión de puestos y niveles salariales con dos tareas principales:

- Actualizar estructura salarial
- Definir plan de nivelación

Estandarizar la política de pago de remuneraciones variables a la fuerza de ventas en base a criterios uniformes y herramientas de control.

El desarrollo de las competencias del personal se plantea en base a programas genéricos de capacitación para ejecutivos, supervisores, personal en general, a programas específicos de capacitación que se evalúan y aprueban en función al aporte a objetivos estratégicos de Rímac Seguros, y a la evaluación de desempeño. La Mejora del clima laboral considera la medición del clima laboral, políticas que ayuden a mejorar Calidad de Vida en el Trabajo, desarrollo de medios de comunicación interna.

Para asegurar la continuidad de la gestión en Rímac Seguros el área de recursos humanos debe desarrollar los planes de carrera, planes de sucesión, plan de retención del personal clave, plan de profesionalización y el reemplazo de personal clave que no posee las habilidades básicas requeridas por el puesto.

Actualmente, Rímac viene desarrollando programas y cursos que puedan brindar la formación necesaria que requiere el personal para superarse y aportar mucho más en el trabajo, esto a través de la escuela de negocios de Rímac, así como a través de programas de descuentos elaboradas con prestigiosas universidades.

1.2.1.2. Diagnóstico del recurso organizacional

La compañía evalúa continuamente la capacidad de las áreas involucradas en la cadena productiva para promover mejoramientos competitivos permanentes y efectivos.

La organización es capaz de responder adecuadamente a la demanda real, a la satisfacción de los intereses de los consumidores y a las expectativas del mercado, analizando:

- La composición de la cadena, su eslabonamiento, las condiciones y diferentes mecanismos de articulación.
- La existencia de organizaciones representativas de los eslabones

1.2.1.3. *Diagnóstico de recursos físicos*

La compañía dispone de los recursos físicos, entre ellos:

- Disponibilidad de servicios básicos: electricidad, telefonía, agua y aire acondicionado para el área de servidores.
- Instalaciones para el personal, equipos y servidores.
- Laptops, equipos, servidores.
- Disponibilidad de infraestructura tecnológica.

Actualmente han adquirido:

- SW para las pruebas de performance y de calidad de IBM.
- Certificación de la Gestión de Calidad en el área de Desarrollo – Norma ISO 9001: 2008.
- Rational Team Concert para el versionado y control de objetos y componentes de SW.
- Base de Datos SAP Hana

1.2.1.4. *Diagnóstico de recursos Intelectuales*

La organización enfatiza en la evaluación del desarrollo científico y tecnológico disponible y del aplicado para determinar la brecha, la identificación de tendencias y cambios tecnológicos y del uso de tecnologías de última generación que facilitan el trabajo y permiten mejores resultados a menor costo.

Actualmente invierten mucho en mejora continua, investigando e identificando que podrían hacer mejor, de forma que la actualización de aplicaciones es continua. Soportando lo mencionado podemos informar que la aplicación SAS, desarrollada en Rímac Seguros, recibió el premio a la mejor aplicación en Java 2012.

1.2.1.5. *Cultura Organizacional de la compañía*

Misión

Trabajamos por un mundo con menos preocupaciones.

Visión

Ser una empresa socialmente responsable, centrada en el cliente y de clase mundial, líder nacional de seguros y salud.

Valores

- **Vocación de Servicio:** Existimos por nuestros clientes.
- **Integridad:** Actuamos de manera honesta, solidaria y transparente.
- **Compromiso:** Tomamos los retos como propios.
- **Excelencia:** Hacemos las cosas siempre mejor.

1.2.2. **Diagnóstico Externo**

1.2.2.1. *Análisis del Macro Ambiente*

Factores socio-culturales:

Un aspecto fundamental para las compañías de seguros es la tasa de crecimiento demográfico clasificado por los llamados Grupos de Edad , como base de toda estimación y cálculos relativos al desarrollo de productos de seguros de vida (especialmente el seguro que contratan las AFP para sus afiliados), en donde se encuentra que en el Perú aún existe una distribución de dichos Grupos de Edad, que permite que las compañías de seguros encuentren rentable la comercialización de Productos de Seguros de Vida, teniendo en consideración que la esperanza de vida aún se mantiene por debajo de estándares de otros países por ejemplo EEUU,

Se puede identificar que la tendencia es a perder la forma de pirámide y parecerse más a un trapecio con la parte superior al doble del tamaño actual.

Fuerzas económicas

Las primas de seguros crecerían este año entre 10% y 12% hasta sumar alrededor de 8.800 millones de nuevos soles (US\$3.131,9 millones) debido al dinamismo de la economía peruana y el crecimiento de los créditos hipotecarios y vehiculares, informó la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (Apeseg).

La expansión económica del país trae consigo mayores requerimientos de la población de servicios de salud y protección futura, a través de los seguros médicos y seguros de vida. El crecimiento ha impulsado un mayor ingreso de vehículos nuevos, la implementación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), y los mayores requerimientos de las empresas para asegurar sus bienes de capital.

Por otro lado, el mercado requiere el diseño de nuevos productos con coberturas específicas, de fácil acceso y de bajo costo, entre los que destacan los seguros masivos y microseguros, por ejemplo: actualmente el crecimiento del seguro agrario y los seguros para riesgos climáticos y protección para cultivos contra heladas y mortandad de alpacas y vicuñas.

Asimismo, hay un impulso de la oferta de seguros por medio de los canales de distribución complementarios a las empresas del sistema financiero, como son las tiendas por departamentos y empresas de servicio públicos.

Por rubros, resaltó el aumento en los seguros contra Incendios y Líneas Aliadas (19%), Asistencia Médica (17%), Desgravamen Hipotecario (29%), Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) con 22% y Rentas de Jubilación (37%). Las primas de seguros sumaron 7.906 millones de soles en el 2012, lo que implicó un incremento de 10% respecto al 2011, mientras que en el 2010 la cifra fue de 6.549 millones.

En los últimos dos años el crecimiento fue más moderado mientras que el promedio anual de crecimiento en primas durante este quinquenio fue de 16,6%.

El sector asegurador en Perú se ha mantenido muy dinámico durante los últimos años. La tasa promedio de crecimiento anual de primas en los años previos al 2011

fue alrededor de 20% debido al crecimiento económico y a ciertas medidas implementadas por el gobierno que impulsaron ciertos rubros como las rentas de jubilación.

Fuerzas políticas legales – Marco Legal de los Seguros

La Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) es el Organismo encargado de la regulación y supervisión del Sistema de Seguros, siendo su objetivo principal preservar los intereses de los asegurados. Los objetivos, funciones y atribuciones de la SBS están establecidos en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Órgánica de la SBS, Ley 26702; y sus modificatorias. En uso de sus facultades la SBS ha emitido diversas normas en el ámbito legal, financiero y técnico que constituyen el marco legal de los seguros de vida en el Perú.

Otras normas que hacen referencia a los seguros son: El Código de Comercio promulgado el 15.02.1902 y el Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley 29571.

La Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la SBS, Ley No. 26702, establece que:

Las empresas de seguros están prohibidas de pagar indemnizaciones en exceso a lo pactado.

Las pólizas deben establecer condiciones de la cobertura de riesgos.

Las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza han de ser redactadas en lenguaje fácilmente comprensible.

Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar en caracteres destacados.

La cobertura se inicia con la aceptación de la solicitud del asegurado.

Los parientes están comprendidos hasta el segundo grado de consanguinidad y el primero de afinidad.

El Código de Comercio, entre otras disposiciones, menciona lo siguiente:

Se debe indicar la cantidad que se asegura.

- Se puede asegurar a terceras personas, pero el que asegure y contrate directamente está obligado al cumplimiento del contrato.
- Los riesgos comprendidos en el seguro son aquellos que se especifican en la póliza.

El Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley No. 29571, señala lo siguiente:

- Las empresas de seguros están en la obligación de informar clara y destacadamente al consumidor el tipo de póliza y la cobertura de los seguros de salud.
- La prestación de servicios de seguros de salud y el contenido de sus contratos se sujetan a lo dispuesto por la regulación especial emitida por la SBS.
- Las empresas de seguros no pueden, mediante la variación unilateral de las condiciones referidas a preexistencias, eliminar las coberturas inicialmente pactadas. Esta disposición también aplica para renovaciones de planes o seguros de salud.

El Reglamento de pólizas de seguros y notas técnicas, aprobado por Resolución SBS No. 1420-2005 ha establecido las siguientes disposiciones:

- Definiciones sobre los conceptos básicos relacionados con las pólizas de seguros.
- La redacción de las pólizas y endosos debe realizarse en idioma español y con caracteres
- La redacción de las pólizas y endosos debe realizarse en idioma español y con caracteres legibles a simple vista. Excepcionalmente, y previo acuerdo de las partes, puede pactarse el uso de un idioma distinto.
- Aspectos relativos a los seguros de grupo, al contenido mínimo de los certificados de seguro, los plazos para que la empresa de seguros entregue dichos documentos al contratante o tomador del seguro.

- Las pólizas deben contener como mínimo la información describiendo la materia del seguro, la suma asegurada, el procedimiento de resolución del contrato de seguro, etc.
- Los folletos informativos de las empresas deben estar redactados en lenguaje fácil, comprensible con caracteres legibles a simple vista, indicando los riesgos cubiertos, exclusiones del seguro, información sobre existencia de deducibles.
- La entrega de un sumario con la información básica del contrato, entre la que figura, el procedimiento y requisitos de resolución voluntaria del contrato, el procedimiento y plazo para ejecutar el reclamo, los mecanismos de solución de controversias, las áreas de la empresa encargadas de atender reclamos de los usuarios, señalando su ubicación y teléfono, así como la ubicación, teléfono y página web de la Defensoría del Asegurado.
- Las prohibiciones de cláusulas ambiguas, cláusulas que coloquen al asegurado en desventaja frente a la empresa de seguros o incompatibles con la buena fe, etc.

Normas para el registro de las pólizas de seguros y notas técnicas, aprobados mediante Resolución SBS No. 1136-2006, cuyas disposiciones son:

- En el Registro de Pólizas se inscriben todos los modelos de condiciones generales, particulares y especiales, las cláusulas adicionales de las pólizas, así como sus anexos; es decir, los modelos, la solicitud del seguro, la declaración de salud, la declaración de beneficiarios, certificado de seguros, de ser el caso, entre otros. La información de los modelos de condiciones generales, particulares y especiales es de libre acceso al público, a través de la página web de la SBS.
- Las empresas deberán informar a la SBS sobre las modificaciones que se efectúen en los modelos de las pólizas de seguro inscritas, a fin de actualizar la documentación contenida en el Registro.
- En el caso que las pólizas que se encuentren en comercialización, sean objeto de alguna observación por la SBS, las empresas deben levantar dichas observaciones con el sustento pertinente, caso contrario, se procederá a suspender su comercialización.

El Reglamento de Pago de Primas, Resolución SBS No. 225-2006, establece que:

- Señala el momento en el cual se inicia la cobertura, que es con la aceptación de la solicitud del seguro por parte de la empresa y con el pago de la prima.
- Dispone las formas en las cuales puede pagarse la prima de seguros y el plazo a otorgarse para efectos de realizar el pago de las primas fraccionadas o diferidas.
- Aclara los efectos de la suspensión de la cobertura y de la resolución del contrato de seguros.
- Se hacen precisiones respecto de la renovación automática de las primas, en cuyo caso el régimen de pago es similar al de la anterior póliza.

El Reglamento marco de comercialización de productos de seguros, Resolución SBS No. 2996-2010; dispone que:

- Define a la fuerza de ventas como la modalidad de comercialización de seguros que comprende a promotores de seguros y a los comercializadores de los seguros.
- La promoción de seguros es el mecanismo por el cual se hace de conocimiento público los productos de seguros, mostrando los beneficios que brindan y las ventajas de su contratación, de manera directa, a través de folletos informativos, anuncios publicados en medios de comunicación o remitidos a través de sistemas de comercialización a distancia.
- Las empresas de seguros son responsables ante los contratantes, asegurados y beneficiarios por la utilización de los canales establecidos en el Reglamento.
- Se indica que los canales de comercialización deberán ser debidamente capacitados por las empresas con el fin que informen adecuadamente a los potenciales contratantes o asegurados sobre las características y condiciones de los productos que promocionan u ofertan.
- Los comercializadores deben ofrecer los productos en estricto cumplimiento de las instrucciones señaladas por las empresas, para lo cual deben

capacitar al personal que se dedicará a la promoción, oferta y comercialización de los productos de seguros, así como en los aspectos relacionados con el procedimiento de contratación del seguro, cobro de primas, tramitación de solicitudes de cobertura y pago de la indemnización. Asimismo, deberán proporcionarles manuales de procedimientos pertinentes.

- Define a los productos masivos como aquellos seguros desarrollados en lenguaje sencillo, que sean de fácil comprensión y manejo por los contratantes, asegurados y beneficiarios, que no requieran de condiciones especiales en relación con las personas y bienes asegurables siendo suficiente la simple aceptación del asegurado para el consentimiento del seguro y en caso el contrato se encuentre sujeto a condiciones mínimas de aseguramiento que sean necesarias verificar de manera previa a la contratación, debido a la naturaleza de la cobertura, se deberá informar la forma y plazos en que éstos deban verificarse estando la vigencia de la cobertura sujeta al cumplimiento de dichas condiciones.
- Se incorpora la utilización de medios de comercialización a distancia, como internet u otros análogos que permiten a las empresas de seguros acceder de modo no presencial a los potenciales asegurados, para promocionar u ofrecer sus productos. Esa modalidad puede utilizarse previa autorización de la SBS y cumpliendo con los requerimientos especificados en el reglamento.
- Se mostrarán las leyes, códigos y normas que reglamentan los seguros de vida, en la Tabla2.

Tabla 2

Leyes, Códigos y Normas que reglamentan el mercado de seguros de vida

Fuente: Informe "Seguros de Vida en el Perú" - Consultoría "Metodología para la Evaluación de la Calidad y Precios de Productos Básicos en el Mercado de Lima y Callao"

Leyes y Códigos	Principales contenidos
Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Órganica de la SBS, Ley 26702; y sus modificatorias	Definiciones, prohibiciones de las empresas, condiciones y contenido de las pólizas.
Código de Comercio	Modalidades de seguros de vida, requisitos de la póliza, Obligaciones y derechos del asegurado,
Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley 29571	Definiciones, condiciones mínimas de los seguros, de los reclamos
Reglamento de Pólizas de Seguros y Notas Técnicas, Resolución SBS No. 1420-2005	Definiciones, contenido mínimo de las pólizas, prohibiciones en las pólizas de seguros, condiciones mínimas de los folletos informativos, notas técnicas, remisión de pólizas de seguros
Registro de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas Resolución S.B.S. Nº 1136-2006	Modelos de pólizas, registro de notas técnicas
Reglamento de Pago de Primas, Resolución SBS No. 225-2006	Definiciones, cobertura del seguro, pago de primas,
Reglamento Marco de comercialización de productos de seguros, Resolución SBS No. 2996-2010	Definiciones, responsabilidad frente al asegurado, disposiciones aplicables a la comercialización por fuerza de ventas

Los cambios en leyes fiscales, SBS, impuestos, legislación antimonopolio, protestas contra el gobierno, lavado de activos, actos de terrorismo y su severidad influyen en el funcionamiento del mercado asegurador.

Actualmente, debemos considerar los siguientes cambios realizados:

La puesta en marcha del **Régimen Especial de Jubilación Anticipada (REJA)**, de la Ley N° 29426, régimen temporal cuyo plazo de acogimiento venció el 31 de diciembre del 2012.

A partir de la aprobación de la **Ley del Contrato de Seguros**, la cobertura de una póliza ya no se suspenderá en caso el asegurado se retrase hasta 30 días en el pago de una cuota y se establece la continuidad de las preexistencias, de modo que no se pierda la cobertura de una enfermedad si cambia de compañía o migra a una EPS. La norma, que entrará en

vigencia en 180 días, ha sido criticada por la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (Apeseg), quien asegura que incrementará sus costos y, por lo tanto, el precio de las pólizas de seguros.

Por otro lado tenemos las leyes de Aseguramiento Universal y la ley de trabajadores.

Fuerzas tecnológicas

En los últimos años, una nueva generación de tecnologías ha creado un nuevo apetito entre las aseguradoras por utilizar TI para manejar sus siniestros de una manera más eficaz.

Las aseguradoras están comenzando a explorar el uso de la tecnología de análisis predictivo en sus operaciones de reclamos, aunque no muchos la han desplegado en sus negocios.

El creciente desarrollo de las tecnologías de información, (cuya máxima expresión se da con en el empleo de la Internet en forma masiva y el análisis exploratorio de datos mediante herramientas de minería de datos), es un factor que muchas empresas de seguros incorporan en diferentes áreas de su organización tales como Marketing, Investigación y Desarrollo, Servicio al cliente, etc. convirtiéndose en un factor importante para la elaboración de nuestra propuesta de valor.

1.2.2.2. Análisis del Micro Ambiente

Realizaremos este análisis de acuerdo a las fuerzas de Porter. Ver Figura2. La respuesta de Rímac a las 5 fuerzas de Porter.

Competidores:

Según el último informe del mes de setiembre, brindado por la SBS, el mercado de Aseguradoras en el Perú estaría concentrado en 2 Compañías de Seguros, las mismas que de manera conjunta poseen aproximadamente el 59.28% de la participación de mercado razón por la cual, se plantea que las Compañías Rímac

Seguros y Pacífico Grupo Asegurador son los competidores más fuertes del mercado. Ver tabla2.

Sin embargo, existen 15 compañías adicionales en el mercado asegurador, las cuales son:

- Rímac
- El Pacífico Vida
- Pacífico Seguros Generales
- Mapfre Perú
- La Positiva
- Seguros Sura
- Interseguro
- La Positiva Vida
- Mapfre Perú Vida
- Cardif
- Protecta
- Ace
- Secrex
- Insur
- Rigel

Tabla 3

Ranking de participación de las principales empresas aseguradoras a marzo de 2014

Fuente: SBS – Boletín Estadístico de Seguros – Ranking de Primas Marzo 2014

Empresas		Monto Primas	Participación (%)	Porcentaje Acumulado
1	Rímac	760 935	33.83	33.83
2	Pacífico Seguros Generales	306 501	13.63	47.45
3	El Pacífico Vida	254 018	11.29	58.75
4	Mapfre Perú	191 794	8.53	67.27
5	Interseguro	166 816	7.42	74.69
6	La Positiva	135 052	6.00	80.69
7	Seguros Sura	99 885	4.44	85.13
8	La Positiva Vida	98 658	4.39	89.52
9	Mapfre Perú Vida	82 680	3.68	93.20
10	Cardif	42 420	1.89	95.08
11	Ace	33 421	1.49	96.57
12	Protecta	31 603	1.40	97.97
13	Rigel	27 539	1.22	99.20
14	Secrex	11 180	0.50	99.69
15	Insur	6 872	0.31	100.00
TOTAL		2 249 373	100.00	

Existe una fuerte competencia ya que los productos no son claramente diferenciados, por lo cual debido al estándar que proponen se pueden copiar con

facilidad, por lo cual la diferencia se va a lograr básicamente por los servicios que brinde la compañía. La integración de distribuidores (corredores y brokers de seguros) puede convertirse en fuente de ventaja, es por ello que Rímac Seguros ha iniciado desde el 2002 un plan de desarrollo de sus intermediarios.

Proveedores:

A continuación los proveedores que constituyen la fuente de recursos o que proveen de servicios a las compañías de seguros en nuestro país se han clasificado de acuerdo al siguiente esquema:

Tabla4
Clasificación de Proveedores por Categoría

Fuente: Elaboración Propia

Clasificación de Proveedores	Proveedores Actuales	Proveedores de Rímac
Respaldo Frente al Riesgo	Compañías coaseguradoras	Todas las compañías de seguros del Perú.
	Compañías Reaseguradoras	Munich Reinsurance CO. (Alemania), Swiss Reinsurance CO (Suiza), XL RE Latin América LTD (Suiza), Everest Reinsurance CO. (Estados Unidos), QBE Reinsurance CORP (Estados Unidos)
Integradores de Cadenas de Comercialización	Corredores de Seguros	Variados y ninguno fidelizado
	Recaudadores (Bancos)	Banco de Crédito, Banco Wiese, Banco Continental, BIF y BankBoston
	Plataformas de Atención	Call centers y peritos
Servicios de Soporte Comercial	Clinicas Afiliadas	Más de 100 afiliadas
	Servicios generales afiliados	servicios Funerarios, talleres, gruas, Choferes de reemplazos, etc

La tabla 4 muestra la clasificación de los proveedores por categoría. Actualmente hay Compañías Reaseguradoras cuya actuación es a nivel financiero, de gestión, de alcance global y capacidad de diversificar el riesgo en su cartera, estas compañías actúan como respaldo de otras aseguradoras comparativamente más

pequeñas (como es el caso de la Rímac Seguros). Rímac tiene 5 compañías reaseguradoras.

Por otro lado, tenemos las Compañías de Seguros locales pueden participar en determinados proyectos cuya magnitud y riesgo, o por requerimiento de un cliente determinado, no podrían ser asumidos independientemente por una sola Compañía, por lo que, mediante un acuerdo de responsabilidad mutua, se asume el compromiso solidario en compartir el riesgo y los beneficios entre dos o más Compañías de Seguros, esto corresponde a los llamados Coaseguros.

En lo que refiere a los Corredores de Seguros, el poder de negociación con dichos proveedores se inclina a favor de Rímac Seguros por su condición de líder en el mercado del país, por la variedad de productos de seguros que posee y alcance geográfico. La tabla 5 muestra las entidades de banca privada, quienes ofrecen a Rímac Seguros y a otras compañías del sector, el servicio de canalizar las cobranzas de las primas pagadas por los clientes, por lo que reciben el nombre de Recaudadoras.

Tabla 5
Comisiones Cobradas por las Entidades Recaudadoras
 Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Bancos	Comisión en US\$
Crédito	0.30 por documento cobrado + 1.00 por intento de carga del total de la remesa.
Continental	0.30 por documento procesado.
Interbank	1.00 por documento cobrado.
Wiese	1.60 por intento de carga del total de la remesa.
Comercio	0.15 por documento cobrado + 2.00 por intento de carga del total de la remesa.
BIF	0.00
Financiero	0.40 por documento cobrado.
Sudamericano	0.00
Visanet	2.5% del valor recaudado
Mastercard	2.5% del valor recaudado
American Express	2.5% del valor recaudado
Diners	2.5% del valor recaudado

Otro proveedor del servicio de Call Center, cuya función esencial es la de obtener información vital sobre los clientes al mismo tiempo de buscar mantener una estrecha relación con el mismo las 24 horas del día.

Entre otros proveedores tenemos: los que proveen servicios de salud, las Clínicas Afiliadas constituyen uno de los principales servicios que emplean las Compañías de Seguros como Entidades Prestadoras de Salud (EPS), (RÍMAC EPS para el caso de Rímac Seguros), siendo los principales proveedores las Clínicas, pues de esta forma, están logrando brindar atención médica a clientes procedentes de las Compañías de Seguros (EPS) obteniendo mayores ingresos por concepto de consultas, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, etc. Por lo expuesto, se podría afirmar que el poder negociador de Rímac Seguros es superior al de las Clínicas Afiliadas.

Además, los servicios generales afiliados como talleres automotrices, Grúas y servicios funerarios, participan como proveedores bajo el mismo esquema en que lo hacen las Clínicas Afiliadas, por lo tanto su poder negociador es considerado mínimo frente a Rímac Seguros que posee un significativo número de afiliados.

La propuesta de Rímac es tener una red de proveedores amplia en la que se incluyen proveedores integrados con Rímac, de manera que los proveedores individualmente no tengan concentración del poder de negociación.

Clientes:

Los Clientes de Rímac Seguros, en lo que refiere a clientes de seguros personales y en particular para los Productos de seguros de vida, no constituyen un gran número, es decir no existe una penetración alta.

Sin embargo, por las características propias de las coberturas por Seguros de Vida en lo que refiere a los plazos de los contratos que se establecen, la relación de los clientes con la Compañía de Seguros dura muchos años (dependiendo del producto, puede llegar a ser para toda la vida) por lo que las posibilidades de migración hacia otra Compañía son reducidas dada la existencia de un Contrato que establece las condiciones de afiliación, que en los casos de desafiliación, el cliente se ve penalizado o afectado financieramente.

Según la experiencia de los intermediarios con clientes personas, se evidencia un creciente conocimiento de seguros personales, esta característica puede ser considerada favorable pues el mensaje a los clientes cambia, al contactar a un cliente potencial, los clientes buscan productos que cubran necesidades de las que ahora son conscientes,

La cartera de pólizas con clientes empresas, se encuentra altamente concentrada en pocos grandes clientes corporativos y el estado, estas últimas se someten a concurso cada año y no tienen ningún tipo de fidelidad con la compañía, siendo esta situación agravada por la política de compras centralizadas.

Entre los principales clientes de Rímac se encuentran:

Empresas Mineras:

- Minera Barrick
- Minera Antamina
- Minera Raura
- Minera Buenaventura, etc.

Empresas industriales:

- Grupo Backus
- Procter & Gamble
- Honda del Perú
- Praxair Perú, etc.

Empresas del sector Financiero

- BBVA Banco Continental
- Banco Interamericano de Finanzas
- Banco Santander, etc.

Empresas del sector energía

- Repsol YPF
- Pluspetrol
- Luz del Sur, Edelnor, etc.

Empresas farmacéuticas

- Bristol Myers Squibb Perú
- Jonson & Jonson
- GlaxoWellcome
- Merck Peruana, etc.

Empresas del sector servicios

- Nextel
- Corporación Wong
- Lan Chile - Lan Perú
- Diario El Comercio

Empresas del sector telefónico

- TIM Perú
- Telefónica del Perú, etc.

Empresas del sector construcción

- Graña y Montero
- COSAPI
- Abengoa del Perú
- Sagitario
- Grupo Techint, etc.

Empresas del sector pesquero

- Pesquera Austral
- Tecnológica de Alimentos
- Pesquera Rubí, etc.

E instituciones del Estado Peruano

- Ministerio de Defensa
- Congreso de la República,
- BCRP
- Contraloría General de la República, etc.

Algunos datos, según la Memoria Anual, Rímac 2012

El posicionamiento de la compañía en la ubicación 13 del ranking de las 100 empresas con mejor reputación del país, por encima de cualquier otra empresa del sector asegurador. El estudio fue desarrollado por Monitor Empresarial de Reputación Corporativa (Merco) en el Perú.

Mejora de 25% en el Índice de Satisfacción Neta de personas, lo que se tradujo en un nivel de satisfacción de clientes cercano al 90%.

Amenaza de nuevos ingresos:

Dos consideraciones principales podrían llevarnos a considerar que el mercado asegurador es poco atractivo, estas son, el tamaño del mercado peruano en volumen de primas que en comparación con otros mercados de la región se presenta como el séptimo en la región,

En segundo lugar se encuentra el bajo nivel de consumo de seguros per cápita en comparación con los niveles internacionales, donde la región latinoamericana bordea los 30 US\$ anuales destinados a seguros muy lejos del consumo promedio per cápita.

otros criterios pueden generar atractivo para las Compañías de Seguros transnacionales son la maduración del Sistema Privado de Pensiones (SPP) y las normas relacionadas (REJ), que involucran la transferencia de los fondos aportados por los jubilados durante el tiempo en que se encontraban trabajando para que sean administradas por las Compañías de Seguros.

Otra fuente de nuevos ingresantes se considera a las empresas del sector financiero que ingresen al mercado local por adquisición o alianza con entidades financieras y ofrezcan productos de seguros por su intermedio.

Por otro lado, la alta concentración de las primas de seguros en nuestro mercado, fuerza a entidades reguladoras a revisar el marco legal y reducir las barreras de entrada, aunque la labor intervencionista de estos entes no se reduzca.

El análisis del marco regulador y las tendencias de la industria a nivel mundial, genera expectativas sobre posibles modificaciones en el marco regulador local que hagan viables nuevas líneas de negocio e incentiven la participación de nuevos integrantes en el sector.

Productos sustitutos

Los productos que ofrecen las compañías de seguros son muy similares, y pueden ser ofrecidos sin mayores restricciones. Otra fuente de sustitutos se encuentran representados por aquellos productos de ahorro e inversión del sistema financiero (especialmente los bancos) que ofrecen a los clientes determinadas tasas de interés de acuerdo al volumen y tipo de depósito.

Tanto las Compañías de Seguros (mediante productos de seguros de vida) como el resto de entidades del sistema financiero, ofrecen, en esencia, alternativas de inversión que permiten a los clientes obtener beneficios futuros del dinero invertido hoy y de esta forma obtener el respaldo que cualquier persona u organización busca para el desarrollo de sus actividades. Muchos productos financieros ofrecen la generación de beneficios a futuro, entre los que podemos mencionar; bonos, acciones, inversiones, ahorros, etc., sin embargo, existen clientes que no están dispuestos a administrar o asumir el riesgo que implican las herramientas o productos como los mencionados, es en estas condiciones que las Compañías de Seguros mediante sus productos de seguros de vida tienen una mayor ventaja y aceptación, entre los clientes.

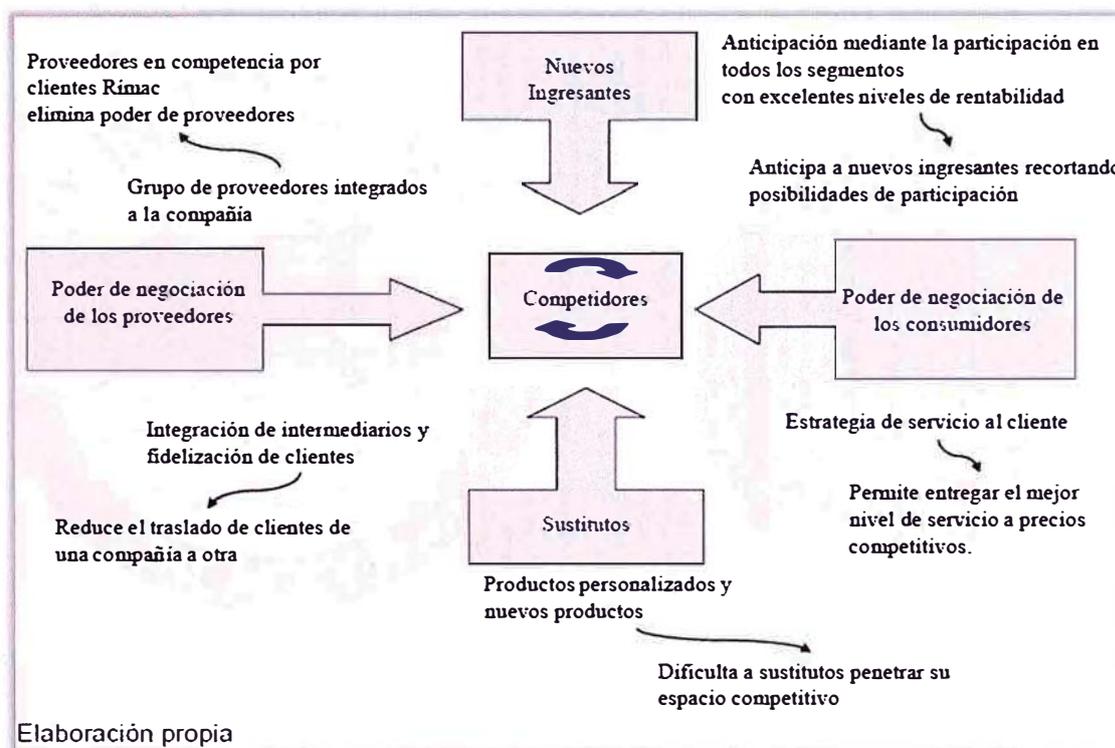


Figura 2. La respuesta de Rímac al esquema de las cinco fuerzas
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

1.2.3. Matriz FODA

FODA		FORTALEZAS	DEBILIDADES
FODA		OPORTUNIDAD	
<p>O1 Dinamismo de la economía peruana. Expansión del mercado de rentas de jubilación como efecto del inicio de la Vigencia del Régimen Especial de Jubilación Anticipada para Desempleados (REIA) así como por el crecimiento del Sistema Privado de Pensiones.</p> <p>O2 Posibilidad de desarrollar mercados gracias a la Internet y a tecnologías de información.</p> <p>O3 Maduración del Sistema Privado de Pensiones.</p> <p>O4 Iniciativas gubernamentales que contribuyen a ampliar mercado de seguros.</p> <p>O5 Inseguridad ciudadana y amenazas terroristas globales.</p> <p>O6 Mayor ingreso de vehículos nuevos.</p> <p>O7 Actualmente se requieren seguros más específicos para el sector agrario.</p> <p>O8 Poca atraktividad del sector financiero, debido al riesgo que implica el mismo sector a diferencia del mercado de seguros.</p>	<p>F1 Desarrollo permanente de la gestión del conocimiento, a través de múltiples programas como la Escuela de Negocios.</p> <p>F2 Crecimiento continuo que se expresa en mayor participación de mercado. Modelo de gestión de negocios enfocado a la satisfacción del cliente.</p> <p>F3 Reforzar la inclusión de canales no tradicionales en esquemas de comercialización.</p> <p>F4 Clasificación de riesgo con un rating de "A" desde el 17 de marzo 2000.</p> <p>F5 Fuertes conexiones entre empresas del rubro para Reaseguros y Coaseguros</p>	<p>D1 Baja participación en el mercado de personas. Sistemas de SW de seguros no están correctamente interconectados.</p> <p>D2 Indicador del nivel de confianza de información bajo.</p> <p>D3 Ratio Técnico vs. Gastos Administrativos es menor a 1.</p>	<p>Desarrollar las ventas de productos por medio de empresas y bancos tales como Corporación WONG, Plaza Vea y Banco Continental.</p> <p>Desarrollar Rimac - Red Virtual.</p> <p>Desarrollo de productos de vida con componentes de inversión que compitan con Fondos de Inversión de bancos.</p> <p>Desarrollo del mercado de jubilación anticipada.</p> <p>Transición de la fuerza de ventas de Rimac hacia agentes independientes y fidelizados.</p> <p>Adecuar los criterios de selección de riesgos mediante la optimización de los sistemas de evaluación de los clientes.</p>
<p>O9 Aprobación de la Ley de Seguros Incrementará costos de las aseguradoras y, por lo tanto, el precio de las pólizas de seguros. El tamaño del mercado peruano en volumen de primas que en comparación con otros mercados de la región se presenta como el séptimo en la región</p> <p>A2 Constantes tendencias a las fusiones, absorciones o adquisiciones.</p> <p>A3 Repercusión de crisis en otros países.</p> <p>A4 Elevado nivel de informalidad de la economía.</p>	<p>Establecer alianzas estratégicas con socios extranjeros buscando ingresar al mercado asegurador de países de la región (Ecuador, Colombia, Chile, Argentina)</p> <p>Mejorar la oferta de servicios conexos que se incorporan a las productos que ofrece la compañía.</p> <p>Desarrollar productos que manejen tasas de interés flexibles y no pactadas.</p>	<p>Desarrollar productos que manejen tasas de interés flexibles y no pactadas.</p> <p>Repotenciar imagen de marca RIMAC que respalde el desarrollo de productos con servicios conexos para enfrentar productos de la competencia.</p> <p>Orientarnos a políticas de Responsabilidad Social, así como al cuidado del medio ambiente.</p>	<p>Desarrollar productos que manejen tasas de interés flexibles y no pactadas.</p> <p>Mejorar la cartera de clientes mediante la diversificación de productos ajustados a necesidades específicas.</p> <p>Realizar un Joint Venture con la Compañía Reaseguradora Münchener de Alemania.</p> <p>Llevar a cabo la certificación ISO 9001:2008 para asegurar la calidad de los procesos de Área de Desarrollo, orientándonos a los clientes.</p> <p>Desarrollo de campañas publicitarias orientadas a clientes actuales y de segmentos no atendidos.</p>

Figura 3. Matriz FODA Rimac
Fuente: Elaboración Propia

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. *IEEE-STD-830- 1998: Especificaciones de los requisitos del software*

En general las definiciones de los términos usados en estas especificaciones están Conforme a las definiciones proporcionadas en IEEE Std 610.12-1990.

Contrato:

Un documento es legalmente obligatorio y en el estarán de acuerdo las partes del cliente y proveedor. Esto incluye los requisitos técnicos y requerimientos de la organización, costo y tiempo para un producto. Un contrato también puede contener la información informal pero útil como los compromisos o expectativas de las partes involucradas.

Cliente:

La persona (s) que pagan por el producto y normalmente (pero no necesariamente) define los requisitos. En la práctica el cliente y el proveedor pueden ser miembros de la misma organización.

Proveedor:

La persona (s) que producen un producto para un cliente.

Usuario:

La persona (s) que operan o actúan recíprocamente directamente con el producto. El usuario (s) y el cliente (s) no es (son) a menudo las mismas persona(s).

LAS CONSIDERACIONES PARA PRODUCIR UN BUEN ESPECIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS DE SW (SRS)

Estas cláusulas proporcionan información a fondo que deben ser consideradas al momento de producir un SRS. Esto incluye lo siguiente:

- a) la Naturaleza del SRS;
- b) el Ambiente del SRS;
- c) las Características de un buen SRS;
- d) la preparación de los Joins del SRS;
- e) la evolución de SRS;
- f) Prototipos;
- g) Generando el diseño en el SRS;
- h) Generando los requisitos del proyecto en el SRS.

Características de un buen SRS:

Un SRS debe ser:

- a) Correcto;
- b) Inequívoco;
- c) Completo;
- d) Consistente;
- e) Comprobable;
- f) Modificable;
- g) Identificable.

Generando el diseño en el SRS

Un requisito especifica una función externa visible o atributo de un sistema. Un diseño describe un subcomponente particular de un sistema y/o sus interfaces con otros subcomponentes.

El diseñador del SRS debe distinguir claramente entre identificar las restricciones del diseño requeridos y proyectar un plan específico. La nota es que cada requisito

en el SRS limita las alternativas del plan. Esto no significa, sin embargo, que cada requisito es el plan.

Restricciones:

- a) las interfaces del Sistema;
- b) las interfaces del Usuario;
- c) las interfaces del Hardware;
- d) las interfaces del Software;
- e) las interfaces de Comunicaciones;
- f) la Memoria;
- g) los Funcionamientos;
- h) los requisitos de adaptación del Site.

Cada Requerimiento debe especificar a lo siguiente:

- a) Las características lógicas de cada interfaz entre el producto del software y sus usuarios. Esto incluye las características de la configuración (por ejemplo, formatos de la pantalla requeridos, página o esquemas de la ventana, los reportes o menús o disponibilidad de llaves de la función programables) necesario para lograr los requisitos del software.
- b) Todos los aspectos para perfeccionar la interfaz con la persona que debe usar el sistema. Esto puede comprender una lista de lo que hace y no hace simplemente delante de cómo el sistema aparecerá al usuario. Un ejemplo puede ser un requisito para la opción de mensajes de error largos o cortos. Como todos, estos requisitos deben ser comprobables, debe especificarse en los Atributos de Sistema de Software bajo una sección tituló Facilidad de Uso.

Interfaces con el hardware:

Esto debe especificar las características lógicas de cada interfaz entre el producto del software y los componentes del hardware del sistema. Esto incluye las características de la configuración (el número de puertos, la instrucción set, etc.), también cubre como qué dispositivos serán apoyados, cómo ellos serán apoyados y

protocolos. Por ejemplo, el apoyo de las terminales puede especificarse cuando tienen full- screen.

Interfaces con el software:

Esto debe especificar el uso de otros productos del software requeridos (por ejemplo, un sistema de dirección de datos, un sistema operativo o un paquete matemático) e interfaces con otros sistemas de la aplicación (por ejemplo, la unión entre el Sistema de Cuentas, el Sistema por Cobrar y un Sistema del Mayor General).

Para cada uno el producto del software requirió proporcionarse:

- El nombre;
- El código mnemotécnico;
- El número de la especificación;
- El número de la versión.

2.1.2.SEGUROS:

En la actualidad asegurar un bien, la salud o la vida ante todo riesgo ya no es un lujo, es una necesidad. En el país muchas son las empresas que dan este servicio privado reservando derechos de conformidad con las condiciones generales y particulares que se haya celebrado en el contrato.

El objeto del Seguro es reducir su exposición al riesgo de experimentar grandes pérdidas y garantizar la protección contras siniestros importantes y problemáticos, a cambio de pagos fijos.

¿QUÉ DEBEMOS TENER PRESENTE AL MOMENTO DE CONTRATAR UN SEGURO?

1. Sobre la compañía de seguros o aseguradora:

Debe ser una compañía de seguros autorizada por la Superintendencia de Banca y Seguros para operar en el territorio nacional. Fuera del país, si se desea contratar con una empresa domiciliada en otro país, no existe impedimento pero hay que

tomar en cuenta que en caso de defensa de sus derechos como asegurado no se podrá invocar a la Superintendencia.

2. ¿Qué es una póliza de seguros?

Es el documento en el que consta el contrato de seguros. Está compuesto por un condicionado general, un condicionado particular y ocasionalmente por un condicionado especial o cláusulas especiales. Se considera también los formularios y declaraciones de salud o de otra índole que deba llenar el asegurado al momento de contratar el seguro. Es importante que el asegurado tenga un ejemplar completo de la póliza del seguro contratado y la lea.

3. Es importante revisar bien el contrato:

Debemos asegurarnos que el contrato de seguros que celebramos, cubre realmente los riesgos que han motivado la contratación de dicho seguro. En tal sentido, es necesario que revisemos acuciosamente en la póliza de seguro, el artículo correspondiente a la descripción de la cobertura que ésta otorga, así como también los riesgos o circunstancias excluidos de cobertura, generalmente llamados "exclusiones".

4. Tener en cuenta el período de vigencia de la póliza de seguros:

Este aparece señalado en las condiciones particulares o en el sumario de la póliza y es importante tenerlo en cuenta para así renovar oportunamente la vigencia y evitar quedar sin cobertura, ya que una vez vencido el plazo de vigencia del seguro, la compañía aseguradora no indemnizará ningún siniestro.

5. Vigencia de un contrato de seguros:

Se inicia con la aceptación de la solicitud de seguro por parte de la aseguradora y el pago de la prima o, la suscripción de un Convenio de Pagos y un pago inicial equivalente a los primeros treinta días de cobertura del seguro.

6. Vigencia de la cobertura del seguro

Depende de que el contratante del seguro esté al día en el pago de la prima.

Los contratantes de las pólizas deberán efectuar el pago de las primas, considerando lo siguiente:

Cuando las partes acuerden el pago diferido de la prima en cuota única, las empresas podrán otorgar como plazo de pago hasta treinta (30) días contados desde el inicio de vigencia de la póliza, aspecto que deberá precisarse en el Convenio de Pago que suscriba el contratante. En caso de incumplimiento en el pago de la prima y siempre que no se haya acordado un plazo adicional para el pago, la cobertura del seguro se suspende, pudiendo las empresas optar por resolver el referido contrato.

En el caso de fraccionamiento de primas, dentro de los primeros treinta (30) días de vigencia del seguro el contratante deberá efectuar un pago inicial que no podrá ser inferior a la proporción correspondiente a treinta (30) días de cobertura calculados a prorrata sobre la prima pactada. Las demás cuotas se pagarán de conformidad con las facilidades otorgadas por las empresas en el Convenio de Pago. En caso de incumplimiento en el pago inicial o de alguna de las cuotas, y siempre que no se haya acordado un plazo adicional para el pago de acuerdo al siguiente inciso, la cobertura del seguro se suspende, pudiendo las empresas optar por resolver el referido contrato.

Las empresas podrán modificar el calendario de pagos originalmente pactado en el Convenio de Pago, previo acuerdo con el contratante del seguro, siempre que el plazo máximo de cancelación del total de la prima sea anterior al vencimiento de la póliza de seguros, debiendo existir constancia escrita adjunta a la póliza. Mientras se encuentre vigente y al día en los pagos respecto del nuevo convenio, la empresa de seguros no podrá rechazar siniestros aduciendo falta de pago de primas.

7. Importante declarar con veracidad:

El asegurado debe informar a la compañía con absoluta veracidad todos los hechos y circunstancias que rodean a los objetos asegurados y que podrían influir en el riesgo que los afecta; respondiendo con sinceridad a todas las preguntas que formule la aseguradora, sin omitir información. Igualmente, está obligado a informar a la aseguradora acerca de las variaciones en las condiciones del riesgo asegurado, considerado por la aseguradora al momento de celebrar el contrato, para evitar perder la cobertura del seguro.

8. ¿Qué hacer cuando ocurre un siniestro?

En caso de producirse un siniestro, el asegurado debe tomar todas las medidas necesarias destinadas a aminorar el daño producido en los objetos asegurados, dando aviso a la aseguradora de la ocurrencia del siniestro, en el menor plazo posible.

9. Para presentar el reclamo de una indemnización:

El asegurado debe conocer la forma en que se presenta el reclamo de la indemnización acordada, a la aseguradora, para lo cual deberá revisar en la póliza el artículo correspondiente. Si el procedimiento de reclamo no hubiera sido consignado en la póliza, deberá solicitar información a la compañía de seguros.

EN EL CASO DE SEGUROS DE DESGRAVAMEN

El seguro de desgravamen es un seguro sobre la vida del asegurado, que tiene por objeto el pago de la deuda que el asegurado mantenga frente a su acreedor, al momento de su fallecimiento. De esta manera, en caso de fallecimiento, la aseguradora pagará al acreedor del asegurado el monto de la deuda, hasta el límite de la suma asegurada, beneficiándose de esta manera a los herederos del asegurado, quienes se verán liberados de la deuda que de otro modo heredarían.

1. Declaración de salud clara

Por tratarse de un seguro sobre la vida, es importante que al momento de contratar el seguro, la declaración de salud que haga el asegurado, sea muy clara y precisa, para que posteriormente no vaya a anularse la póliza, quedando la aseguradora liberada de responsabilidad. Asimismo, el asegurado deberá someterse a los exámenes médicos que la compañía exija para otorgar la cobertura de seguro.

2. La edad del asegurado:

Es necesario que el asegurado declare con toda veracidad su edad, evitando de esta forma perder la cobertura por haber excedido la edad requerida para contratar la cobertura, o incurrir en infraseguro o sobreseguro, perjudicando sus intereses.

3. Actividades y/o deportes riesgosos:

El asegurado también deberá declarar a la compañía de seguros las actividades y/o deportes riesgosos que practica, con la finalidad que la compañía lo tenga en cuenta al momento de estimar el riesgo asegurado.

4. Los herederos:

El asegurado debe informar a sus herederos de la existencia de la póliza, del plazo en que éstos deberán presentar el reclamo en caso de fallecimiento y de los documentos que deberán acompañar a dicho reclamo.

5. Suma asegurada:

El asegurado debe verificar durante la vigencia del contrato, que la suma asegurada sea suficiente para cubrir el monto total de su deuda asegurada.

6. Refinanciación o reprogramación de la deuda:

En caso de refinanciación o reprogramación de la deuda, el asegurado debe dar aviso a la compañía de seguros, para que ésta revise las condiciones de la cobertura otorgada y proceda al cobro de la extra prima de ser necesario. De esta forma, el asegurado conservará la cobertura sobre el total de la deuda.

7. Plazo de Prescripción:

Independientemente del plazo de prescripción estipulado en la póliza, éste es de diez (10) años de acuerdo a lo señalado en el Código Civil peruano. Pasados diez años de ocurrido el siniestro, ya no habrá lugar a reclamo.

COMERCIALIZACIÓN DE PÓLIZAS DE SEGUROS

El seguro es una operación en virtud de la cual, una parte (el asegurado) se hace acreedor, mediante el pago de una remuneración (la prima), a una prestación que habrá de satisfacerle la otra parte (el asegurador) en caso de que produzca un siniestro.

Las condiciones de la operación señalada anteriormente vienen insertas en el contrato de seguros o póliza de seguros, en cuyo contenido se detallan las condiciones para que la indemnización se pague una vez ocurrido el siniestro.

La comercialización de las pólizas de seguros utiliza distintos canales, siendo los más relevantes en nuestro país:

La venta efectuada por la propia de empresa de seguros a través de su Departamento de Producción. A través de esta modalidad se pueden hacer contratos con entidades como ESSALUD, por ejemplo, para ofrecer productos a sus afiliados, tal como el seguro denominado "ESSALUD Vida". Otra modalidad, considerada también venta directa de las empresas de seguros, es aquella realizada por promotores de venta, quienes son personas que son contratadas por las empresas de seguros para comercializar, generalmente productos masivos, es decir, pólizas que no contengan especificaciones que dificulten el entendimiento de los potenciales compradores, o que requieran de una evaluación del bien a asegurar a efecto de confirmar la valorización entregada a la empresa de seguros.

También se utiliza la denominada "Bancaseguros", modalidad que implica la utilización de la infraestructura bancaria para ofrecer productos de seguros a una población mayor.

Finalmente, otro canal autorizado para comercializar seguros, son los corredores de seguros, quienes son las personas autorizadas como tales con los conocimientos necesarios de seguros, que les permiten una adecuada asesoría a los potenciales asegurados, así como un seguimiento de las pólizas una vez suscrito el contrato, ya que el corredor de seguros funge de representante del asegurado ante la empresa de seguros.

Respecto de la última modalidad mencionada, esta Superintendencia ha reglamentado, mediante Resolución SBS N° 816-2004 del 27 de mayo de 2004, los requisitos que deben cumplir las personas que deseen optar por el registro de Corredores de seguros acreditados ante este Organismo de Control. Asimismo, en dicho dispositivo se enumeran sus deberes y obligaciones, así como las causales de sanción por infracción a las normas que regulan su actividad.

Por otro lado, mediante Resolución SBS N° 874-2004 de 04 de junio de 2004, la misma que fue modificada por la Resolución SBS N° 510-2005 del 23 de marzo de

2005, se han regulado las formas de comercialización mencionadas en los literales b) y c) citados anteriormente.

En ese sentido, respecto de la utilización de los promotores de venta o fuerzas de venta, se especifica que es una modalidad de venta directa de las empresas de seguros dado que dichas empresas son responsables por todos los actos que éstos realicen en su representación y en el ejercicio de sus funciones, es decir, por las infracciones que cometan a las normas emitidas por la Superintendencia y, especialmente, por los perjuicios que se puedan ocasionar a los tomadores o contratantes de seguros, asegurados y/o beneficiarios, como consecuencia de errores u omisiones, impericia o negligencia, en que incurran sus trabajadores, sin perjuicio de ser sancionadas de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Sanciones.

La norma también requiere la debida y permanentemente capacitación de dichos promotores, bajo responsabilidad de las respectivas empresas, que les permita la adecuada información a los potenciales asegurados respecto de las características y condiciones de cobertura de los productos que están promocionando. Asimismo, se exige un registro de los promotores, consignando sus datos generales, fecha de inicio de sus actividades, cursos de capacitación que han seguido, tipos de seguros que ofrecen y su volumen de ventas.

Respecto de la Banca Seguros , la norma establece que es también una forma de comercialización directa de las empresas dado el contenido del contrato de comercialización que previamente deben suscribir las empresas de seguros con las entidades del sistema financiero que comercializarán sus productos, siendo los principales aspectos:

- Ofrecimiento de pólizas de seguros en estricto cumplimiento de las instrucciones señaladas por la empresa de seguros.
- Dicha modalidad de venta de seguros no configura una asesoría para su contratación, lo que debe ser difundido por la empresa del sistema financiero.
- Las comunicaciones cursadas por los tomadores o contratantes del seguro a la empresa del sistema financiero, por aspectos relacionados

con los contratos de seguros, tendrán los mismos efectos como si hubieran sido presentadas a la empresa de seguros.

- Los pagos efectuados por los tomadores o contratantes del seguro a la empresa del sistema financiero se considerarán abonados a la empresa de seguros.
- La responsabilidad de la empresa de seguros por los errores u omisiones derivados de la comercialización de las pólizas de seguros materia del contrato a través de la empresa del sistema financiero y, principalmente, por los perjuicios que se pueda ocasionar a los asegurados y/o beneficiarios.
- Los productos de seguros materia del contrato de comercialización, se refieren a aquellos seguros que no requieran de condiciones especiales en relación con las personas y bienes asegurables, que sean de fácil comprensión y manejo por los tomadores de seguros, siendo suficiente la simple aceptación del asegurado para el consentimiento del seguro, así como a productos que no contengan condiciones de aseguramiento que deban verificarse en el momento de la contratación, y que las condiciones de cobertura no difieran de las condiciones publicitadas por las empresas.

Es de señalar que la Resolución SBS N° 510-2005 establece que la comercialización de seguros asociados a operaciones crediticias de clientes de empresas del sistema financiero, se encuentra comprendida dentro de los alcances mencionados anteriormente.

2.2. MARCO METODOLÓGICO

Las metodologías usadas como marco para este informe fueron las siguientes:

Metodología aplicada para el desarrollo del proyecto

- Metodología de Gestión Integrada de Proyectos.

Metodología aplicada para el desarrollo de la solución:

- Metodología Rational Unified Process (RUP)

Importancia de una metodología de gestión de proyectos

Contar con una metodología nos permite contar con una herramienta que, contemplando un conjunto de lineamientos y pasos a seguir, ayuda a obtener los objetivos de los proyectos a gestionar. Además, permite estandarizar el modelo de trabajo, definiendo las etapas, roles, entregables, canales de comunicación y flujos de aprobación en la gestión de proyectos. Esto trae consigo las siguientes ventajas:

- Alinear los proyectos a los objetivos estratégicos y a las necesidades de los clientes, creando valor en la organización.
- Estandarizar los formatos / documentos de los proyectos y su respectivo uso.
- Fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, teniendo claro los roles y responsabilidades de cada actividad de proyecto.

Procedimientos de la MGIP

- Procedimiento de Análisis de Soluciones
- Procedimiento de Análisis de factibilidad
- Procedimiento de planificación
- Procedimiento de Ejecución y Control
- Procedimiento de Cierre
- Procedimiento de Análisis
- Procedimiento de Diseño
- Procedimiento de Construcción
- Procedimiento de Pruebas
- Procedimiento de transición
- Procedimiento de Planificación de la Adquisición
- Procedimiento de Desarrollo de Requerimientos
- Procedimiento de Evaluación y Selección de Proveedores
- Procedimiento de Cierre del Contrato

METODOLOGIA RATIONAL UNIFIED PROCESS (RUP)

RUP es un marco de desarrollo iterativo e incremental, que enfatiza los requisitos y el diseño. Indica la forma de enfocar un proyecto de desarrollo de software y después en función de la naturaleza del mismo hacer las adaptaciones oportunas.

La Figura 5 muestra el ciclo de vida y fases de la Metodología RUP.

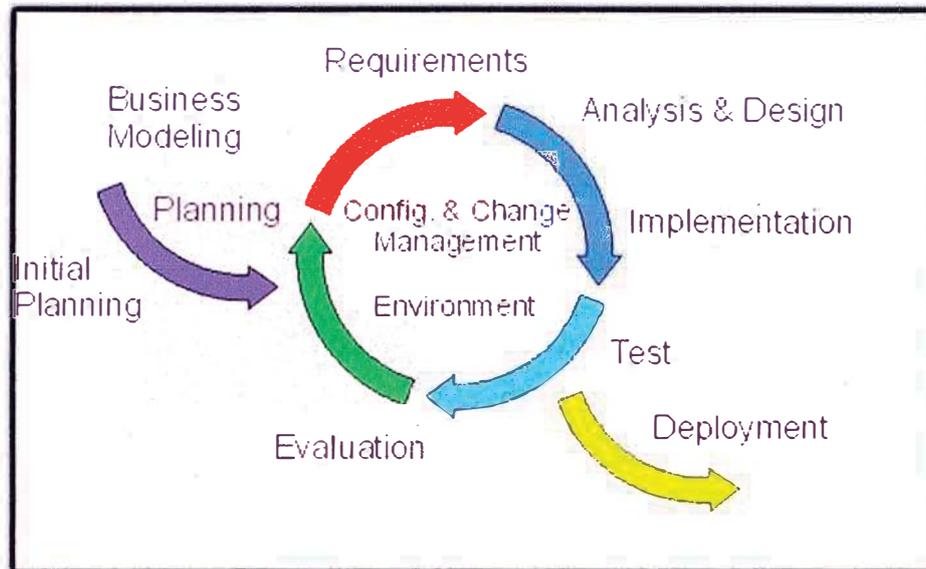


Figura 5. Ciclo de Vida y Fases de RUP

Fuente: Blog Ingeniero en Software

RUP sigue principios de ingeniería del software para la obtención de sistemas de información de calidad y de esta forma proporcionar una alternativa que permita evitar que los productos que se obtengan caigan en los aspectos que caracterizan a la crisis del software.

RUP tiene tres características esenciales: está dirigido por los casos de uso, centrado en la arquitectura y es iterativo e incremental.

El ciclo de vida RUP se divide en 4 fases:

Inicio: En esta etapa se definirá el alcance del proyecto.

Elaboración: Esta fase contempla la definición, análisis y diseño.

Construcción: Esta fase abarca la implementación.

Transición: Indica el fin del proyecto y puesta en producción del desarrollo.

Cada fase define nueve disciplinas:

Modelado del negocio

Análisis de requisitos

Análisis y diseño

Implementación

Test

- Distribución
- Gestión de configuración y cambios
- Gestión del proyecto
- Gestión del entorno

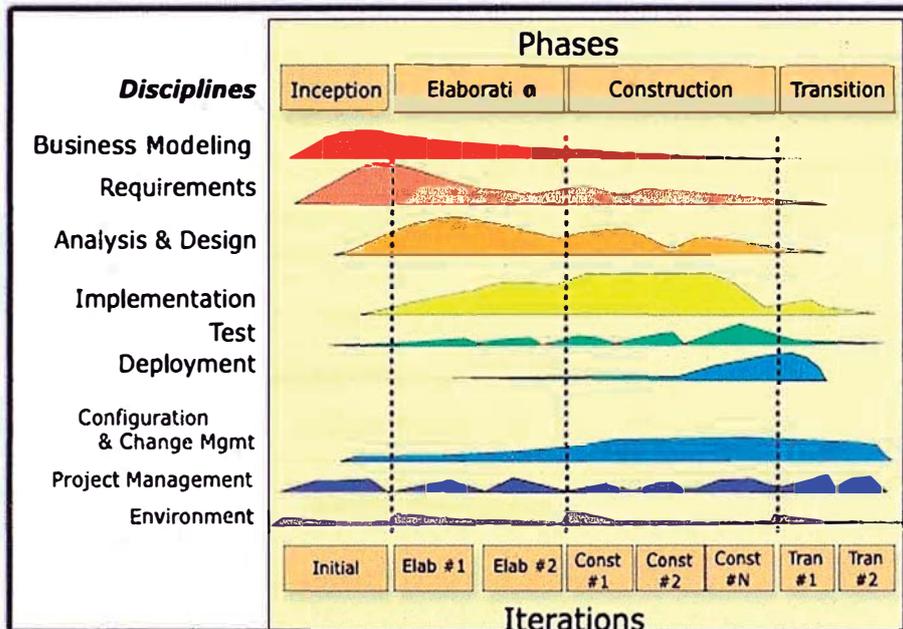


Figura 6. Diagrama General de RUP
Fuente: Blog Ingeniero en Software

Por regla general, la fase en la que se realizan más iteraciones es la Construcción. En cada fase se refinan los objetivos de las fases anteriores en el proceso de conseguir el objetivo u objetivos de la fase, por ejemplo, en la fase de construcción se pueden modificar, añadir o eliminar requisitos, casos de uso, etc... lo que tiene un impacto en lo obtenido en fases anteriores, acercándonos cada vez más a un sistema que satisfaga las necesidades de los usuarios.

En cada fase y en cada iteración se realiza un ciclo de vida en cascada con las siguientes etapas: Análisis, Diseño, Construcción (las tareas de programación que se realizan, sobre todo las fases de Construcción y Transición son perfectamente compatibles con la utilización de técnicas de integración continua y análisis estático de código), Pruebas/Integración/Implantación.

El alcance del ciclo de vida depende en la fase en la que nos encontremos, es decir, aunque se realice un ciclo de vida en cascada en la fase de Iniciación, lo más

probable es que no se llegue a construir nada o se llegue a algún a hacer algún prototipo de muy alto nivel.

Los objetivos que se persiguen en cada fase son los siguientes:

- **Iniciación:** Obtención de los objetivos, catálogo de requisitos, identificación de casos de uso.
- **Elaboración:** Refinamiento de los objetivos de la fase anterior, casos de uso, análisis, diseño, definición y establecimiento de la arquitectura base del sistema.
- **Construcción:** Refinamiento de los objetivos de las fases anteriores y construcción del sistema de información.
- **Transición:** Refinamiento de los objetivos de las fases anteriores e implantación del sistema de información (preparación del producto para su entrega y pasos a producción de versiones no finales (porque hay que hacer ajustes) y de la versión final prevista).

Por tanto, como se comentó anteriormente, en cada etapa y en cada iteración se perfeccionan los productos previos que hayan requerido algún cambio, todo eso mientras se intentan conseguir los objetivos concretos de la fase. De esta forma el ciclo de vida RUP sigue un modelo adaptativo de desarrollo de software.

De esta forma, el reparto de esfuerzos entre actividades varía de una fase a otra.

Una característica importante del RUP es que todo el proceso está guiado por los casos de uso, algo que resulta lógico cuando hablamos de modelos incrementales, ya que están orientados al usuario y como tal es importante tener siempre presente el esquema de interacción usuarios/sistema, los cuales vienen definidos por los casos de uso y sus escenarios.

RUP busca la obtención de productos de muy alta calidad, si bien sus características: varias fases, múltiples iteraciones por fases, podrían provocar que el proceso de desarrollo sea costoso y que no se adapte a proyectos de pequeña escala, el hecho de que siga un esquema incremental le daría flexibilidad en el caso de que fuera necesario.

¿Cuándo Usar RUP?

RUP puede utilizarse:

- En proyectos de nuevos productos de software
- En ciclos de desarrollo subsecuentes

Consideraciones que alteran cuándo y cómo usar partes de RUP:

- El ciclo de vida del proyecto
- Los objetivos del negocio, la visión, el alcance y los riesgos
- El tamaño del esfuerzo de desarrollo

La figura 7 muestra la clasificación de los proyectos por nivel de complejidad.

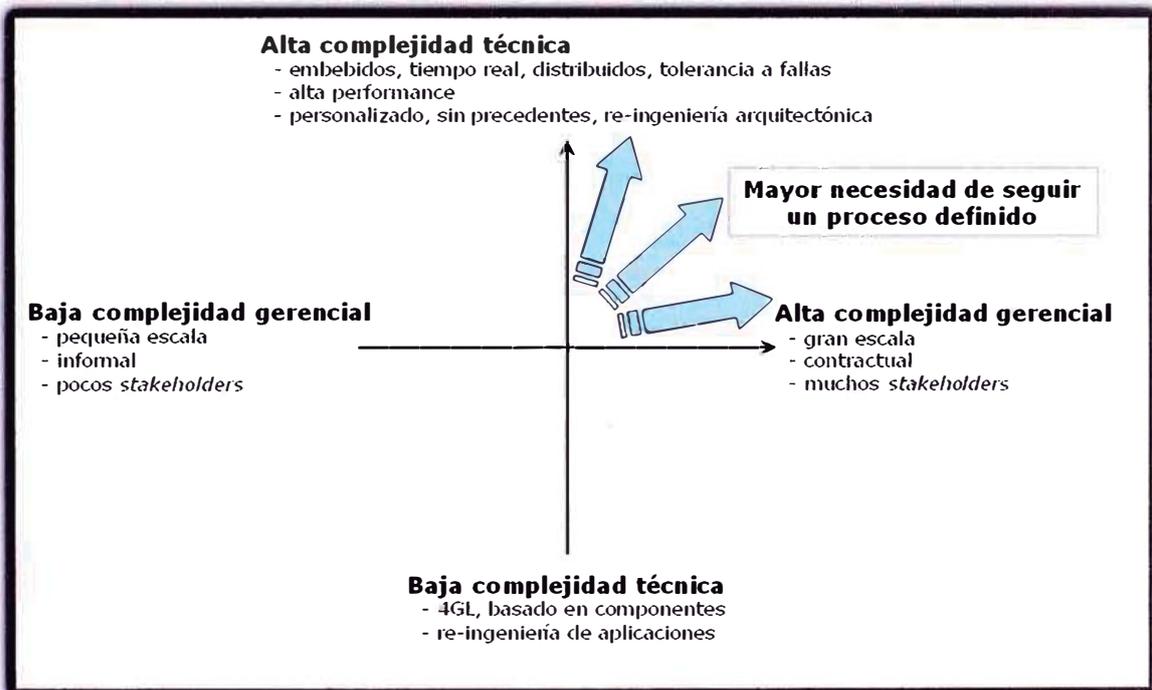


Figura 7. Diagrama Clasificación por Nivel de Complejidad

Fuente: Blog Ingeniero en Software

CAPÍTULO III

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

3.1. SITUACIÓN ACTUAL

El modelo de información de la compañía para el análisis financiero está basado en el Modelo de Negocio centrado en la gestión comercial a través de canales indirectos (corredores) y enfocado en el segmento empresas; sin embargo, la compañía y el mercado asegurador en su conjunto están cambiando de modelo de negocios centrándose en el cliente, explorando el segmento de personas y ampliando la oferta de valor según las necesidades de cada sub-segmento y es en ese sentido que la compañía requiere mayor información y para ello, es necesario cambiar el modelo de información llevando la información a nivel de póliza / certificado, es decir a nivel de cliente.

Actualmente, la información financiera de la compañía tiene diferentes niveles de detalle, en su mayoría, la información procedente de los sistemas transaccionales tienen información a nivel de póliza/certificado, mientras otro porcentaje está a nivel de Ramo-producto o solo Ramo.

La existencia de diversos niveles de detalle para la información está alineado a la necesidad de información de las áreas que la generan o la forma en que se calcula y registran las cuentas; es decir, para cuentas en donde la naturaleza es asociar un ingreso o gasto a una póliza (Primas, Siniestros, Reaseguros, etc.) la información está a este nivel; por otro lado, hay ingresos y gastos que por su naturaleza, no se pueden asociar a una póliza y se asocian a la combinación ramo-producto, ramo-canal o solo ramo (Gastos de peritaje para Vehículos, Campaña de Verano, etc.)

Indicadores

Nivel de confianza: Se define como la sumatoria de montos de aquellas cuentas que tienen información a nivel de póliza / certificado desde el origen (sistema transaccional) entre el monto total.

$$\text{Nivel de confianza} = \frac{\sum \text{Montos a nivel de póliza o certificado}}{\sum \text{Montos totales}} \times 100\%$$

Análisis de la Data Histórica

Basado en la fórmula del nivel de confianza, se realizó una medición inicial por cuenta con una pequeña variación a fin de determinar el estado al momento de iniciar el análisis y con ello, la fórmula sería la siguiente:

$$\text{Nivel de Información Automática} = \frac{\sum \text{Montos a nivel de póliza o certificado}}{\sum \text{Montos totales}} \times 100\%$$

Con ello se obtuvo el siguiente resultado. Ver tabla 6.

Tabla 6
Distribución por porcentajes de acuerdo al tipo de obtención de la información
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

CUENTA RT	Directo	Reproceso	Distribuible
PRIMAS	88.03%	1.62%	10.35%
RRC	60.54%	0.14%	39.31%
REASEGUROS	53.73%	3.25%	43.02%
SINIESTROS	62.43%	21.52%	16.05%
COMISIONES	56.13%	11.70%	32.16%
INGRESO TECNICO	87.49%	0.37%	12.14%
GASTOS TECNICOS	77.34%	0.00%	22.66%
PROVISION INCOBRABLES	57.59%	42.41%	0.00%
Total	67.91%	10.13%	21.96%

Para la elaboración del cuadro, se tomaron los valores absolutos de cada cuenta y sobre ellos, se tomó la proporción de Directo, Reproceso y Distribuible de cada cuenta.

Donde, Directo se refiere a la información que tiene el detalle a nivel de póliza o certificado se encuentra en el sistema transaccional donde se origina; Reproceso se refiere a que la información se encuentra contenida en cintas de respaldo como información histórica; y Distribuible se refiere a que no existe información a nivel de póliza o certificado en los sistemas y es necesario revisar el origen de las cuentas para identificar si se conoce la póliza o certificado, o si es preciso establecer un criterio de distribución de los valores entre más de una póliza (driver).

3.1.1. Levantamiento de los procesos actuales

Actualmente, existe el proceso de asientos manuales. A continuación, ver en la figura 8, el diagrama de procesos AS IS y la tabla 7. Procedimiento de la creación de asientos manuales.

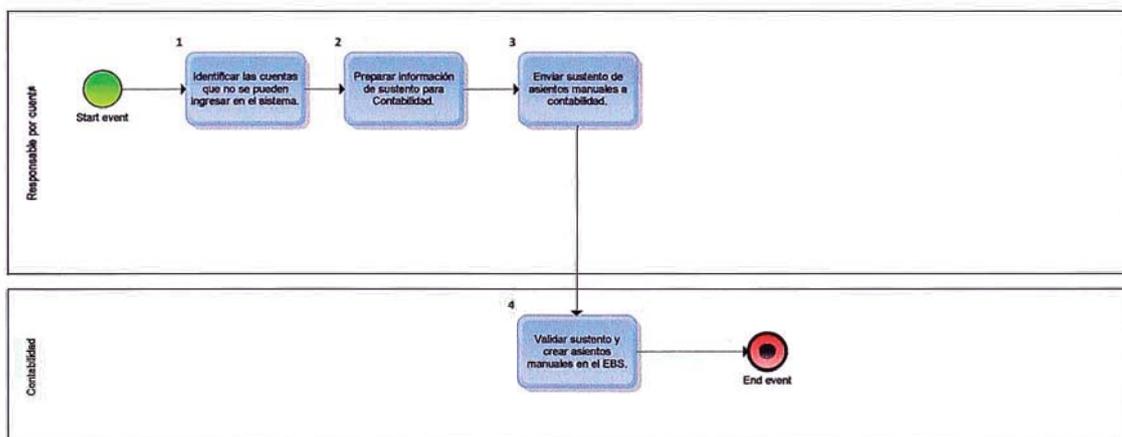


Figura 8. Diagrama Procesos AS IS
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Tabla 7

Procedimiento de la Creación de asientos manuales

Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

N°	Responsable	Actividad
1	Responsable por cuenta	<p>Identifica las cuentas que no se pueden ingresar en el sistema debido a que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los sistemas no soportan la operatividad. • La póliza a la que se necesita asignar el costo no existe o no está activa. • No se ha registrado la póliza en el sistema. • La naturaleza de la cuenta no permite una relación a una póliza específica.
2	Responsable por cuenta	<p>Prepara la información de sustento para contabilidad con el detalle siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moneda • Monto • Concepto • Póliza <p>En caso no se conozca la póliza/certificado o no exista una relación a nivel de póliza/certificado, se ingresará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ramo • Producto • Contratante • Canal • Canal NT • Segmento <p>La información la registra en la herramienta desarrollada para este fin. El registro se podrá hacer digitando la información por póliza/certificado o cargando una hoja de cálculo o archivo de texto plano en la herramienta.</p> <p>Al finalizar el ingreso, se podrá enviar la información a Contabilidad para el registro a través de un correo o imprimiendo el formato de memo configurado en la herramienta.</p>
3	Responsable por cuenta	Envía el sustento de asientos manuales a contabilidad de manera física y/o por correo electrónico.
4	Contabilidad	Valida sustento y crea asientos manuales en Oracle EBS.
Fin del procedimiento.		

3.1.2. Sistemas de Información

La tabla 8 muestra la interdependencia entre los proyectos existentes.

Tabla 8
Proyectos versus tipos de interdependencia

Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Proyecto	Tipo de Interdependencia
MIS Cliente	Secuencial
Agenda Comercial – Personas	Recíproca
Agenda Comercial – Empresas	Recíproca
Segmentación Personas y PPV	Recíproca
Segmentación Empresas y PPV	Recíproca

3.1.3. Diagnóstico de la situación actual

- Actualmente no es posible medir la rentabilidad real de clientes, canal y/o segmentos de la compañía.
- Existe un alto número de hora-hombre dedicadas al cálculo del resultado técnico de forma <<manual por las unidades de negocio y por control de gestión.
- Existencia de diferentes criterios de interpretación y presentación de los resultados al interior de la compañía.
- El detalle al que se llega con la información actualmente es al de Ramo – Producto.
- El nivel de confianza de los resultados técnicos obtenidos no es bueno.

3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.2.1. Identificación del problema

Para plantear el problema actual usaremos el diagrama de Ishikawa, conocido como esqueleto de pescado. Ver figura 9. Diagrama de Causa Efecto.

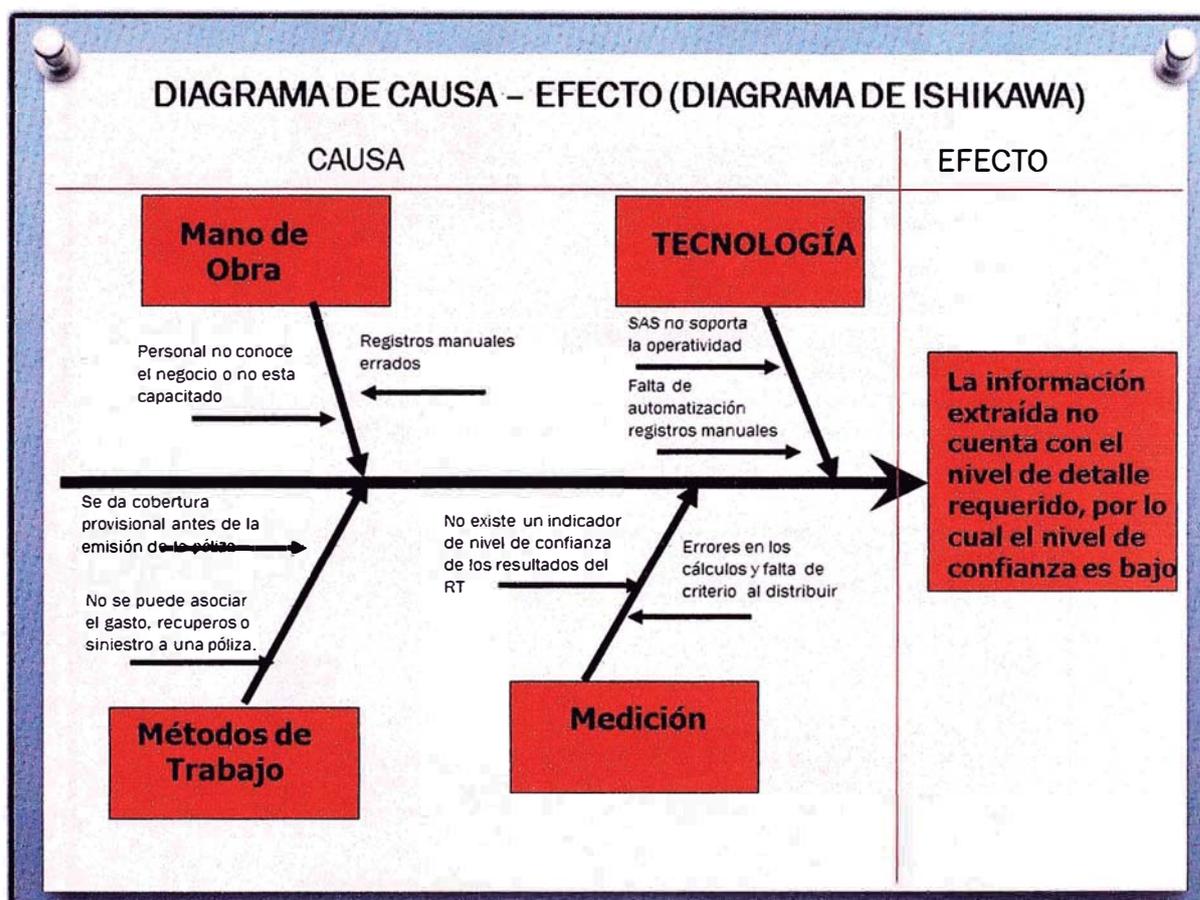


Figura 9. Diagrama Causa Efecto
Fuente: Elaboración propia

Enunciado del problema:

La información extraída no cuenta con el nivel de detalle requerido, por lo cual su nivel de confianza es bajo. Parte de la información de las cuentas que componen el Resultado Técnico no tiene detalle a nivel de póliza; ya sea que provenga desde los sistemas transaccionales o por que la información se ingresa directamente en el Oracle EBS.

CAUSAS:

Ver Figura 10 y Figura 11 para ver el Análisis de Causas.

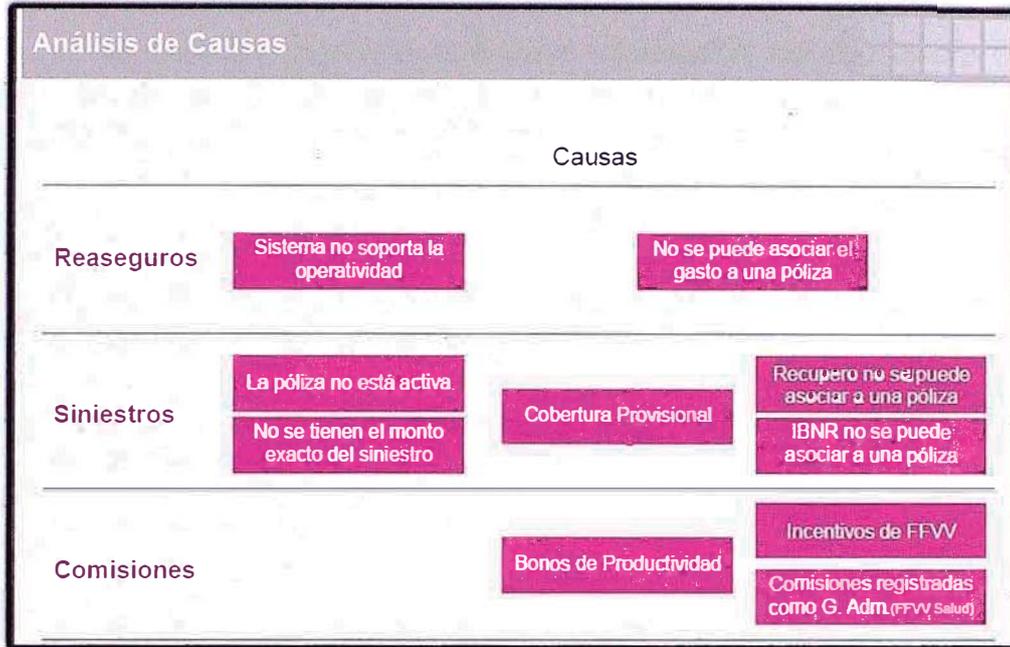


Figura 10. Análisis de Causas
Fuente: Elaboración propia

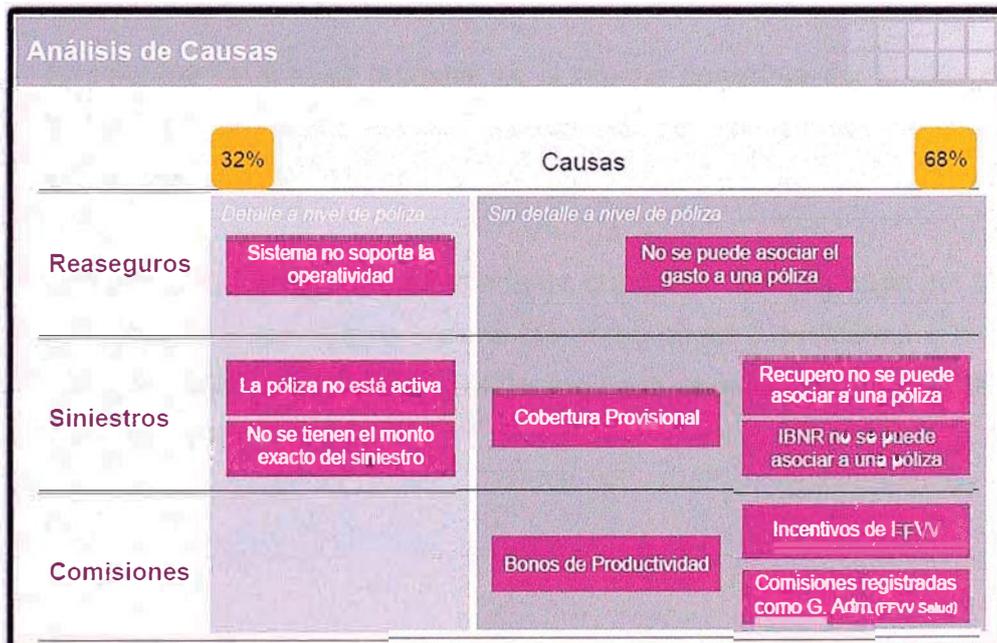


Figura 11. Análisis de Causas por detalle a nivel de pólizas
Fuente: Elaboración propia

3.2.2. Objetivos

3.2.2.1. *Objetivo General*

- El objetivo del proyecto es brindar información del Resultado Técnico Contable por Cliente, generado de manera ágil y simple; permitiendo a la compañía una mejor toma de decisiones estratégicas.

3.2.2.2. *Objetivo Especifico*

- Contar con información confiable y oportuna de rentabilidad de la compañía a diferentes niveles de análisis.
- Contar con una herramienta que permita la administración de los criterios de distribución de las cuentas.

3.2.3. Justificación

- La estrategia de la empresa está orientada a los segmentos, así como a la organización. Estos segmentos no pueden operar si no se pueden medir y tomar decisiones sobre la rentabilidad de sus negocios.
- La información que se muestre en el reporte tiene que ser lo más cercana posible a la realidad, por ello es necesario que los criterios de distribución sean mejorables.
- El manejo de los reportes es una tarea que puede ser realizada por usuarios capacitados y con ello se reduce las horas-hombre dedicadas a las tareas de reportes de TI y se elimina el tiempo de la priorización de requerimientos de cara al usuario.

3.3. PLANTEAMIENTO DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

3.3.1. Criterios de selección

Los criterios de Selección o factores críticos de éxito usados para comparar las alternativas propuestas son detallados a continuación:

Criterio 1: Conocimiento de los procesos internos

- o Relacionada al grado de conocimiento técnico y funcional de los aplicativos del negocio. Se privilegia a aquella solución, en la cual el equipo posea mayor conocimiento del negocio.

Calificación: (5 Mayor conocimiento – 1 menor conocimiento)

Criterio 2: Soporte y mantenimiento

- o Relacionada a la disponibilidad de un equipo de desarrollo para facilitar el buen funcionamiento del Software. Se privilegia a las soluciones con Mayor disponibilidad. Servicio post venta. Se requiere disponibilidad inmediata de los recursos a nivel humano y tecnológico para resolver cualquier incidencia registrada por los usuarios.

Calificación: (5 altamente disponible – 1 Poco disponible)

Criterio 3: Tiempo de desarrollo

- o Relacionada al tiempo invertido en tener la aplicación desarrollada. Se privilegia al que invierta el menor tiempo. Esto dependerá del conocimiento de las tecnologías empleadas, estándares asumidos por Rímac. Debe tener experiencia en el mercado como proveedor de la solución a nivel local, internacional y desarrollos internos. Se considera la administración del tiempo por parte del equipo de proyecto, y el faseado del proyecto dependiendo de la complejidad técnica y operativa.

Calificación: (5 Menor tiempo – 1 Mayor tiempo)

Criterio 4: Financiero

- o La propuesta debe cubrir: Licencias, implementación, mantenimiento anual y de custodia mensual por cantidad de documentos. No debe exceder los costos estándares para proyectos similares en Rímac y/o proyectos similares en el mercado. Debe permitir reducir los costos actuales.

Calificación: (5 Más favorable – 1 Menos favorable)

Criterio 5: Incremento del nivel de confianza

- o Se considera para este criterio la reducción del riesgo debido a la calidad de la información, es decir al nivel de confianza de la información brindada, en este caso a los egresos e ingresos a nivel de póliza – Certificado.

Calificación: (5 Mayor incremento – 1 Menor incremento)

3.3.2. Selección de una alternativa de solución

Las alternativas propuestas son:

- o A1: Mantener el sistema actual y seguir trabajando sin Drivers de Distribución.
- o A2: Desarrollo interno del módulo Finanzas siguiendo la Metodología RUP.
- o A3: Desarrollo del módulo Finanzas a cargo de un proveedor.

Ver en la Figura 12. Resultados y cálculo de las alternativas de Solución.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	EVALUACIÓN DE CRITERIOS					-< Pesos
	0.15	0.15	0.20	0.20	0.30	
	C1: Conocimiento de los Procesos Internos	C2: Soporte y Mantenimiento	C3: Tiempo de Desarrollo	C4: Financiero	C5: Incremento Nivel de Confianza	
A1: Mantener Sistema actual / No drivers	5	2	5	1	1	2.6
A2: Desarrollo interno - RUP	5	5	3	5	4	4.3
A3: Desarrollo Proveedor	4	3	3	4	4	3.7

Figura 12. Resultados y cálculo de las alternativas de solución

Fuente: Elaboración propia

Luego de la evaluación de las diferentes alternativas y basándonos en los criterios establecidos por el equipo. Se eligió la alternativa 2, la cual tuvo el mayor puntaje considerando los 5 criterios evaluados.

Alternativa 2: Desarrollo interno del módulo Finanzas siguiendo la Metodología RUP.

3.3.3. Plan de acción para desarrollar la solución

Paso1: Identificar los requerimientos funcionales en base a las necesidades obtenidas

RN01: Registro de sustentos de asientos manuales

Requisito funcional 1: Crear/modificar la información de sustento de la creación de asientos manuales a nivel de póliza/certificado como parte del proceso de solicitud de registro de asientos manuales.

Requisito funcional 2: Crear/modificar la información de sustento de la creación de asientos manuales a nivel de cliente (contratante) como parte del proceso de solicitud de registro de asientos manuales, sólo cuando no se tenga detalle a nivel de póliza/certificado.

Requisito funcional 3: Imprimir memo con datos editables para el envío a Contabilidad.

Requisito funcional 4: Permitir consultar los sustentos de asientos manuales registrados.

RN02: Cálculo del Resultado Técnico

Requisito funcional 5: Modificar el proceso de cálculo del resultado técnico a nivel de certificado para los siguientes procesos:

Proceso de extracción de información desde el sistema Contabilizador.

Extracción desde las copias de respaldo de la información de la RRC, tanto para la captura de la información como para la generación del driver correspondiente.

Extracción de la Provisión de Cobranza Dudosa, tanto para la captura de la información como para la generación del driver correspondiente.

Generación de drivers de Producción, Producción Reasegurada y Siniestros.

Requisito funcional 6: Crear el proceso que obtenga la información de registro de asientos manuales para distribuir a nivel de:

- Certificado
- Póliza
- Mediante la aplicación de un Driver de Distribución.

Requisito funcional 7: Toda la información que no esté a ese nivel será llevado a al nivel de póliza/certificado se podrá distribuir utilizando un criterio de distribución (driver).

Requisito funcional 8: Modificar el proceso de distribución por drivers para que considere la inclusión del módulo a desarrollar.

Requisito funcional 9: El nuevo proceso de cálculo del RT deberá ser construido modularmente en SAS.

Requisito funcional 10: Crear un reporte de cuadro de la información del cálculo del RT con el reporte de producción del BO (sólo para la cuenta de primas) a nivel de:

- Segmento,
- Tipo Canal y Canal NT.

RN03: Reporte de errores.

Requisito funcional 11: Contar con un reporte técnico y uno funcional, que sea enviado automáticamente al Jefe de Línea – Línea de Business Intelligence una vez culminado el proceso de cálculo del RT.

RN04: Indicador del nivel de confianza de la información

Requisito funcional 12: Crear una variable que represente al indicador del nivel de confianza de la información que se muestra en el reporte. Este indicador se basará en:

Porcentaje de la información con detalle en póliza/certificado que se obtiene directamente desde los sistemas transaccionales y mediante la carga de archivos con respecto al total.

Requisito funcional 13: Crear una pantalla para el mantenimiento del parámetro variable del cálculo del nivel de confianza (δ)

RN05: Mantenimiento de criterios de distribución

Requisito funcional 14: Crear la funcionalidad de mantenimiento de los criterios de distribución del resultado técnico que permita asociar un concepto (denominada

Cuenta RT basada en el agrupamiento de cuentas de 4 dígitos) y/o detalle de concepto (cuenta a 10 dígitos) a un driver ya definido.

RN06: Creación de las vistas iniciales del reporte

Requisito funcional 15: Crear vistas para el Reporte del Resultado Técnico inicial, vistas para la Gerencia General y Reportes directos que se puedan visualizar tanto en Web como en aplicaciones móviles según el estándar de la compañía.

Paso2: Especificación de requerimientos no funcionales

Requerimientos de Usabilidad

Creación de perfiles adecuados para el uso de los reportes. Deben existir perfiles adecuados para el tipo de consultas que realizarán los usuarios, de tal forma que un usuario genérico pueda visualizar los reportes mientras que uno avanzado o power user pueda crear nuevos reportes.

Deberá evitarse en lo posible la existencia de perfiles con la opción de edición para cubrir limitaciones de uso, como por ejemplo el drill down o drill up en las variables de reporte.

Requerimientos de Confiabilidad/Fiabilidad

Disponibilidad: Registro de sustento de asientos manuales

Se requiere que la herramienta esté disponible en horario regular de trabajo (5 x 8).

Mantenimiento de criterios de distribución: Se requiere que la herramienta esté disponible en horario regular de trabajo (5 x 8).

Reporte del RT por Cliente

Requerimientos de Rendimiento/Eficiencia

Volumen de usuarios concurrentes y Reporte del RT por Cliente.

La herramienta de visualización deberá soportar por lo menos a 25 usuarios consultando los reportes al mismo tiempo.

Registro de sustento de asientos manuales: La herramienta deberá soportar por lo menos a 15 usuarios registrando y/o consultando información al mismo tiempo.

Requerimientos de Soporte / Mantenibilidad

Mantenimiento y Soporte.

Se deberá contar con soporte por parte del equipo de mantenimiento de TI ante fallas, caídas y/o mejoras luego del cierre del proyecto.

Mantenimiento de criterios de distribución

Se deberá contar con soporte por parte del equipo de mantenimiento de TI ante fallas, caídas y/o mejoras luego del cierre del proyecto.

Paso3: *Análisis de objetos*

Modelo de Casos de uso de sistema - Definición de Actores. Ver Figura 13.
Diagrama de Casos de Uso de Negocio

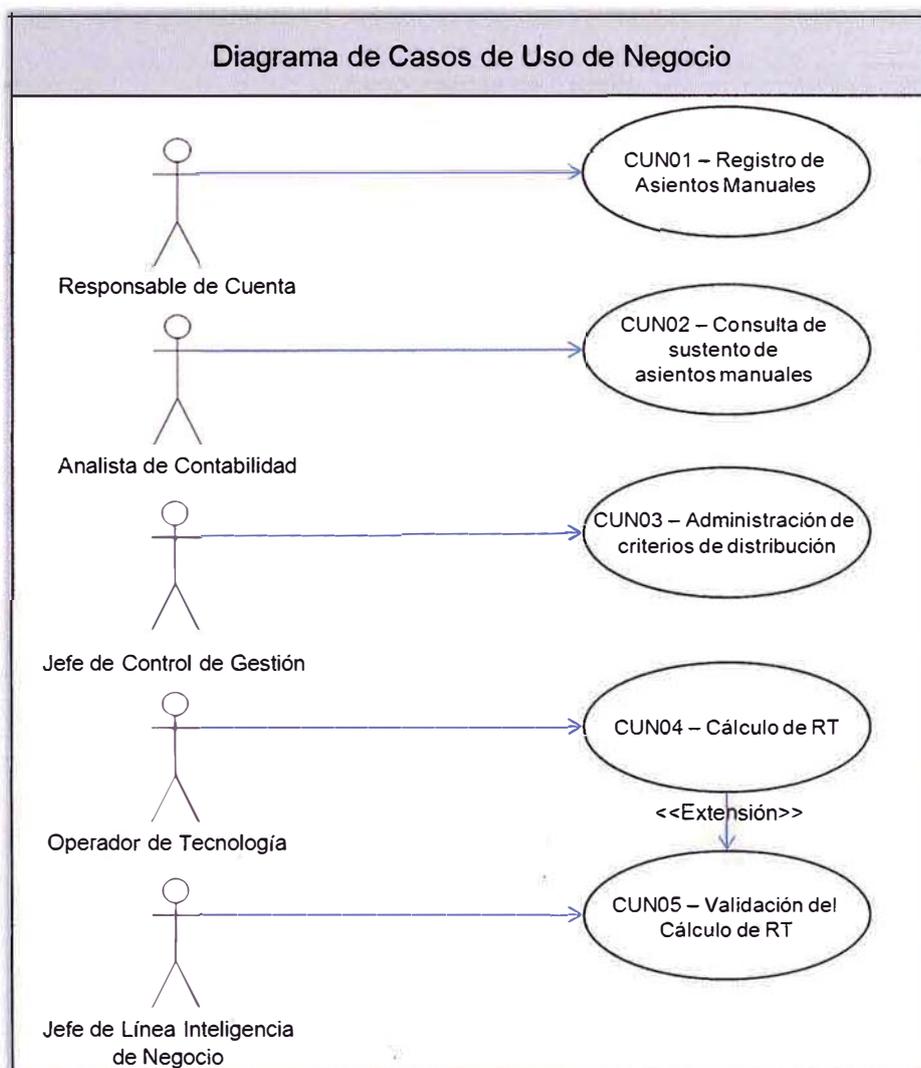


Figura 13. Diagrama de Casos de Uso de Negocio
Fuente: Elaboración propia

A continuación se muestra la Tabla 9. Descripción de los Actores del Sistema.

Tabla 9
Descripción de los Actores del Sistema
 Fuente: Elaboración propia

Actor	Responsable de Cuenta
Descripción	Colaborador que realiza el registro de asientos manuales en su respectiva área.
Accesos a los Sistemas	Acceso al módulo de Registro de Asientos Manuales.
Hereda de	[Ninguno]
Actor	Analista de Contabilidad
Descripción	Valida que la información ingresada sea correcta
Accesos a los Sistemas	Acceso al módulo de Registro de Asientos Manuales.
Hereda de	Responsable de Cuenta
Actor	Jefe de Control de Gestión
Descripción	Administrador del sistema que realiza las modificaciones de los criterios de distribución y tiene una vista previa del cálculo del RT para su validación.
Accesos a los Sistemas	Acceso al módulo de Administración de Criterios de Distribución Acceso al reporte de errores del cálculo del RT
Hereda de	[Ninguno]
Actor	Operador de Tecnología
Descripción	Colaborador que inicia el proceso de cálculo del RT.
Accesos a los Sistemas	[Ninguno]
Hereda de	[Ninguno]

Actor	Jefe de Línea Inteligencia de Negocio
Descripción	Validador del cálculo del RT, revisa el reporte de errores del cálculo del RT.
Accesos a los Sistemas	Acceso al reporte de errores del cálculo del RT.
Hereda de	Operador de Tecnología

Paso4: **Diagrama de contexto**

Ver Figura 14. Diagrama de Contexto de la solución.

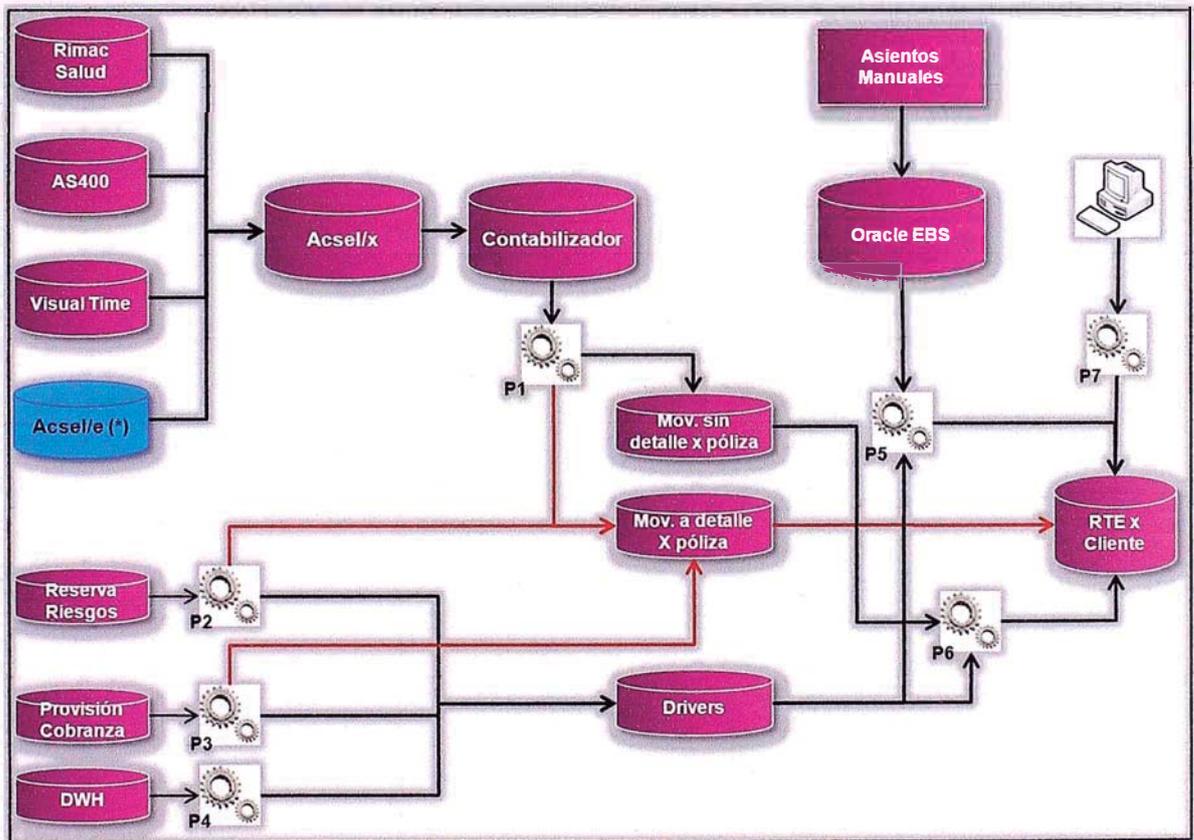


Figura 14. Diagrama de Contexto de la solución

Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Paso5: Elaboración de prototipos

a. Sustentos manuales

Módulo de Finanzas: Finanza>Transacciones>Resultado técnico.

Ver Figura15. Prototipo 1

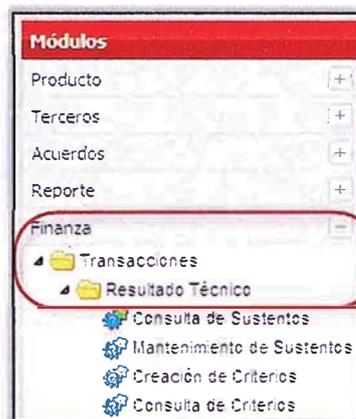


Figura 15. Prototipo1
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Opción Mantenimiento de Sustentos

Ver Figura16. Prototipo 2

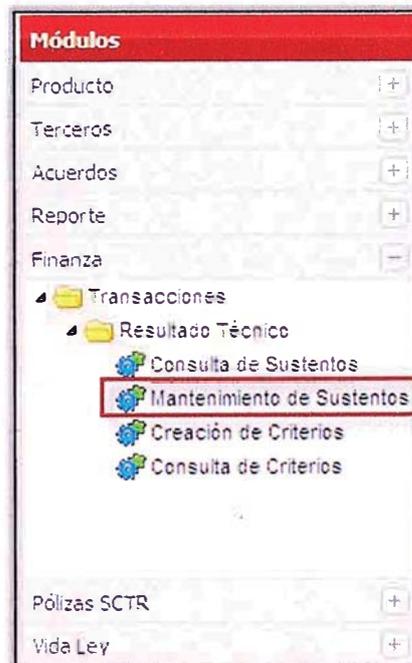


Figura 16. Prototipo2
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Ventana Mantenimiento de Sustentos

Esta ventana te permitirá dar mantenimiento a los sustentos existentes o crear uno nuevo. Ver Figura17. Prototipo3

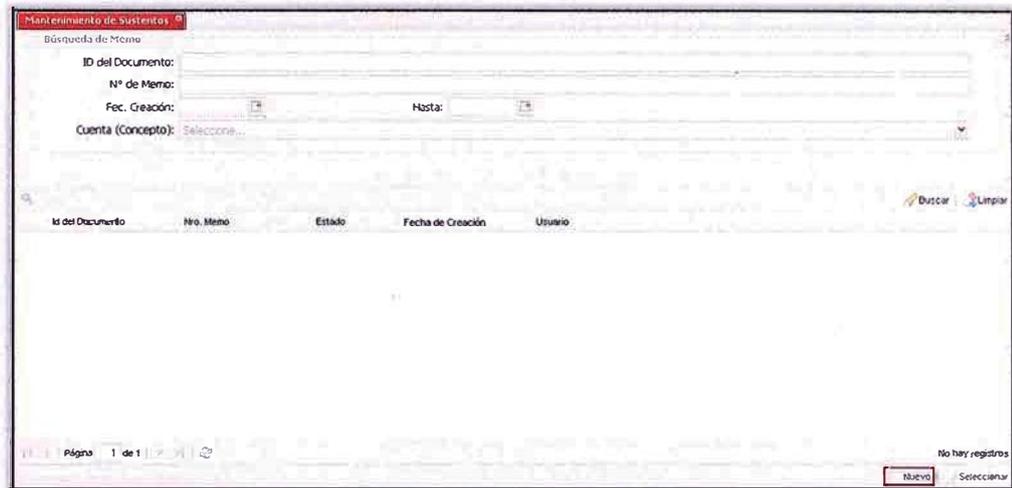


Figura 17. Prototipo3
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Ventana de creación de sustentos manuales

Seguir la secuencia, como se muestra en la Figura18, 19, 20 ,21, 22, 23 y 24.

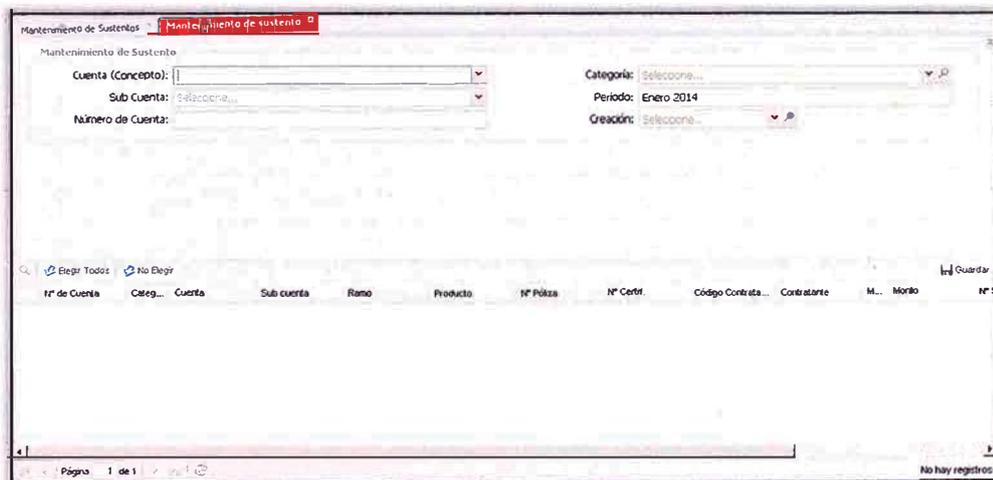


Figura 18. Prototipo4
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Mantenimiento de Sustento

Cuenta (Concepto): Reaseguros

Sub Cuenta: Comisiones

Número de Cuenta: Dcto De Reaseguro

Gastos Técnicos

Ingreso Técnico

Primas

Provisión Incobrables

Reaseguro Aceptado

Reaseguros

RRC

Siniestros

Figura 19. Prototipo5
Fuente: Rimac Seguros y Reaseguros

Mantenimiento de Sustento

Cuenta (Concepto): Reaseguros

Sub Cuenta: Contratos Proporcionales Automáticos Mercado Local

Número de Cuenta: Contratos Proporcionales Automáticos Mercado Local

Contratos Proporcionales Facultativos Mercado Local

Contratos No Proporcionales Automáticos Mercado Local

Contratos No Proporcionales Facultativos Mercado Local

Contratos Proporcionales Automáticos Mercado del Exterior

Contratos Proporcionales Facultativos Mercado del Exterior

Contratos No Proporcionales Automáticos Mercado del Exterior

Contratos No Proporcionales Facultativos Mercado del Exterior

Figura 20. Prototipo6
Fuente: Rimac Seguros y Reaseguros

Mantenimiento de Sustento

Cuenta (Concepto): Seleccione...

Sub Cuenta: Seleccione...

Número de Cuenta:

Figura 21. Prototipo7
Fuente: Rimac Seguros y Reaseguros

Categoría:

Periodo: LIBERACIÓN

Creación: PROVISIÓN

Figura 22. Prototipo8
Fuente: Rimac Seguros y Reaseguros

Categoría:	PROVISIÓN	▼ 🔍
Periodo:	Octubre 2013	
Creación:		▼ 🔍

Figura 23. Prototipo9
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Categoría:	Seleccione...	▼ 🔍
Periodo:	Noviembre 2013	
Creación:		▼ 🔍
	INDIVIDUAL	
	MASIVA	

Figura 24. Prototipo10
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Aparecerá en la pantalla una serie de campos que deberán ser llenados. Ver Figura 25.

Número de Cuenta:		Creación: INDIVIDUAL	▼ 🔍
Monto:		IP Siemro:	
Monedas:	Selecc. AR...	IP de Obligación:	
Ramo:	Seleccione...	IP de Póliza:	
Producto:	Seleccione...	Certificado:	
Contratante:	Seleccione...		🔍 ✕

Figura 25. Prototipo11
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Si no se ha completado el campo "N° de Póliza", aparecerá el ícono de una lupa al lado del campo "Contratante" para realizar la búsqueda. Dar clic en el ícono. Ver Figura 26.

Ramo:	VEHI-VEHICULOS (DAÑOS AL VEHICULO)-521	IP de Póliza:	
Producto:	2101-4:VEB VEHICULOS-V008	Certificado:	
Contratante:			🔍 ✕

Figura 26. Prototipo12
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

La búsqueda de contratante se puede realizar ingresando uno de los siguientes datos:
 Ver Figura 27.

- Código
- Nombre / Razón Social
- Tipo y N° de Documento (Se tiene que completar ambos campos)

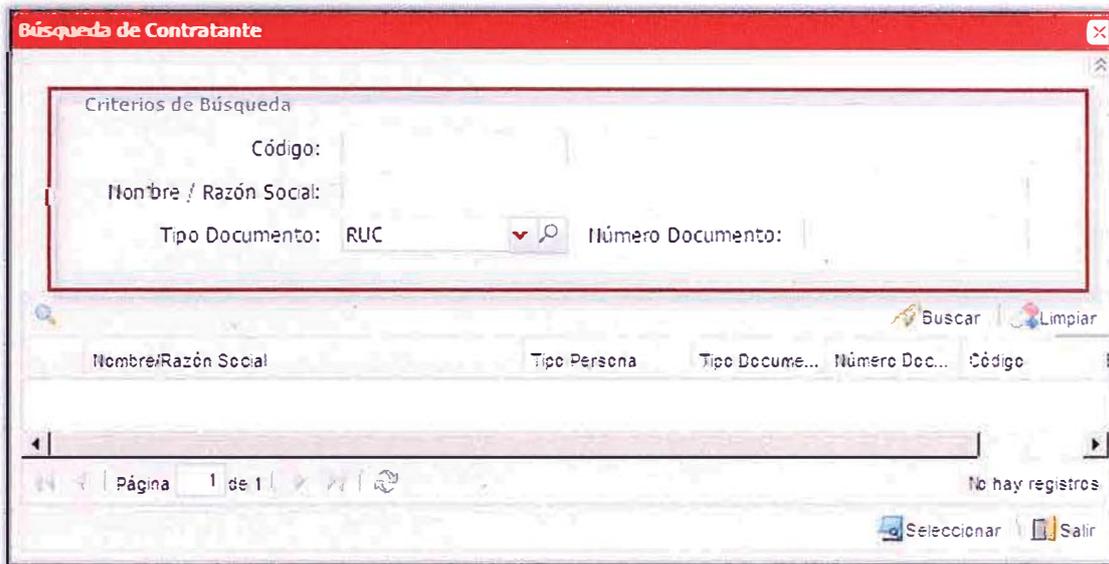


Figura 27. Prototipo13
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Elegir el contratante y dar clic al botón "seleccionar". Ver Figura 28.

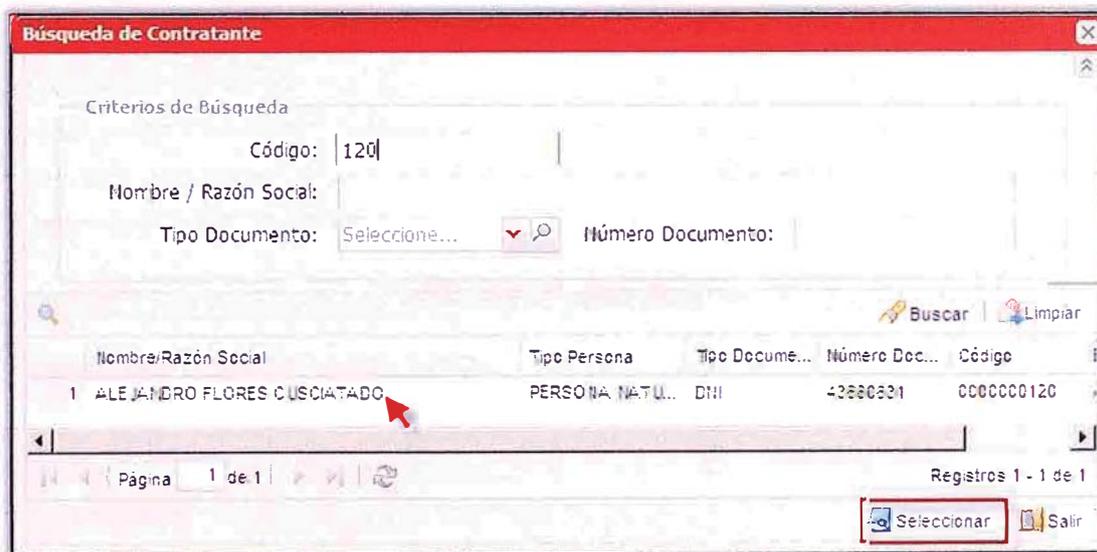
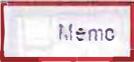


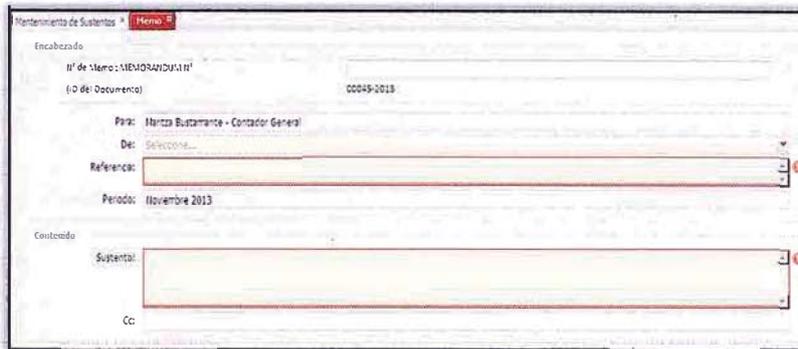
Figura 28. Prototipo14
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

La información se agregará en el campo contratante. Grabar la información con el ícono "Guardar".

Generación de Memo

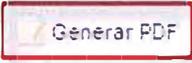
Dar clic al botón “Memo” 

Aparecerá la siguiente pantalla.



La imagen muestra una interfaz de usuario para el 'Mantenimiento de Sustentos'. El encabezado indica 'Mantenimiento de Sustentos' y 'Memo'. El formulario está dividido en secciones: 'Encabezado' con campos para 'Nº de Memo: MEMORANDUM', '(ID del Documento): 00049-2013', 'Para: Mantta Bustamante - Contador General', 'De: SELECCION...', 'Referencia:' y 'Periodo: Noviembre 2013'. La sección 'Contenido' incluye un campo 'Sustental:' y un campo 'Cc:'.

Figura 29. Prototipo15
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Para generar el Memorándum seleccionar el botón , que se habilitará en la parte inferior derecha de la pantalla.

Consulta de Asientos manuales

Cada usuario sólo podrá buscar entre los registro creados por el mismo, a menos que tenga un perfil especial para buscar todos los registros. **Ingresar a “Consulta de Sustentos”. Ver Figura30.**

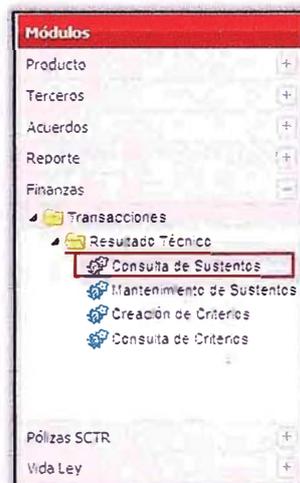


Figura 30. Prototipo16
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

La búsqueda se realizará ingresando uno o más de los siguientes filtros:
Ver Figura31.

- N° de Memo (Código interno del área)
- ID del documento (Código interno del sistema)
- Fecha de Creación

Id del Documento	Nro. Memo	Estado	Fecha de Creacion
1 00037-2013	SNI-10-2013	ANULADO	25/11/2013
2 00038-2013	00038-2013	PRE-REGISTRADO	25/11/2013
3 00040-2013	00040-2013	REGISTRADO	26/11/2013
4 00035-2013	00035-2013	REGISTRADO	25/11/2013
5 00042-2013	00042-2013	REGISTRADO	25/11/2013
6 00033-2013	00033-2013	REGISTRADO	26/11/2013
7 00036-2013	00036-2013	REGISTRADO	25/11/2013
8 00039-2013		PRE-REGISTRADO	25/11/2013
9 00039-2013		PRE-REGISTRADO	25/11/2013
10 00041-2013	SNI-10-2013	REGISTRADO	25/11/2013
11 00034-2013	SNI-10-2013	ANULADO	25/11/2013

Figura 31. Prototipo17
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Para imprimir el listado de Asientos manuales, dar clic en la lupa y se exportará como Excel.

Modificación de registros:

Luego de seleccionar un registro, como se muestra en la Figura32.

N° de Cuenta	Catego...	Cuenta	Sub cuenta
4301450000	PROVI...	Comisiones	Comisiones S

Figura 32. Prototipo18
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Pantalla de modificación

Nº de Cuenta	Categoría	Cuenta	Sub cuenta	Ramo	Producto	Nº Póliza	Nº Certif.	Contratante	Monto	Nº Sinistro	Nº
4201450000	PROVI...	Comisiones	Comisiones Sobr...	3D COVENIO	MULTIRESGO	105600			USD 7687688.00		

Figura 33. Prototipo19
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Finalizar el registro con la generación de Memo.

b. Administración de Criterios de Distribución

Creación de Criterios

Ingresar a Finanzas>Transacciones>Resultado técnico>Creación de Criterios

Ver Figura 34.

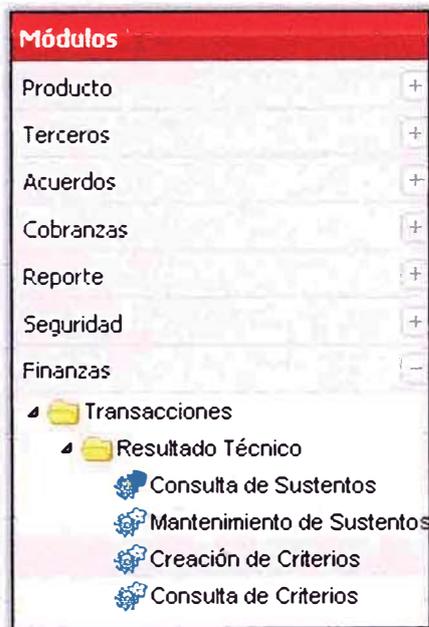


Figura 34. Prototipo20
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Ventana de Creación de Criterios

Sirve para crear los criterios que se considerarán en la repartición de ingresos por primas no asociadas a una póliza/Certificado. Ver Figura 36

Creación de Criterios

Regla

Nombre de la Regla:

Condición

Concepto: Seleccione...

Valor: Seleccione...

Negación:

Acción

Concepto: Seleccione...

Valor: Seleccione...

Eliminar Agregar

Condición			Acción		
Concepto	Valor	Negación	Concepto	Valor	

Guardar Nuevo

Figura 35. Prototipo21
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Luego de completar ambas secciones, presionar el botón **Agregar**, como se muestra en la Figura38.

Creación de Criterios

Regla:

Nombre de la Regla: REGLA1

Condición

Concepto: CUENTA

Valor:

Negación:

Acción

Concepto: DRIVER

Valor: Producción Contable

Eliminar Agregar

Condición			Acción		
Concepto	Valor	Negación	Concepto	Valor	
<input type="checkbox"/>	CUENTA	40	<input type="checkbox"/>	DRIVER	Producción Contable

Guardar Nuevo

Figura 36. Prototipo22
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Consulta de Criterios

Ingresar a Finanzas>Transacciones>Resultado técnico>Consulta de Criterios

Ver Figura37. Prototipo 23.



Figura 37. Prototipo23
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Ventana de Consulta de Criterios

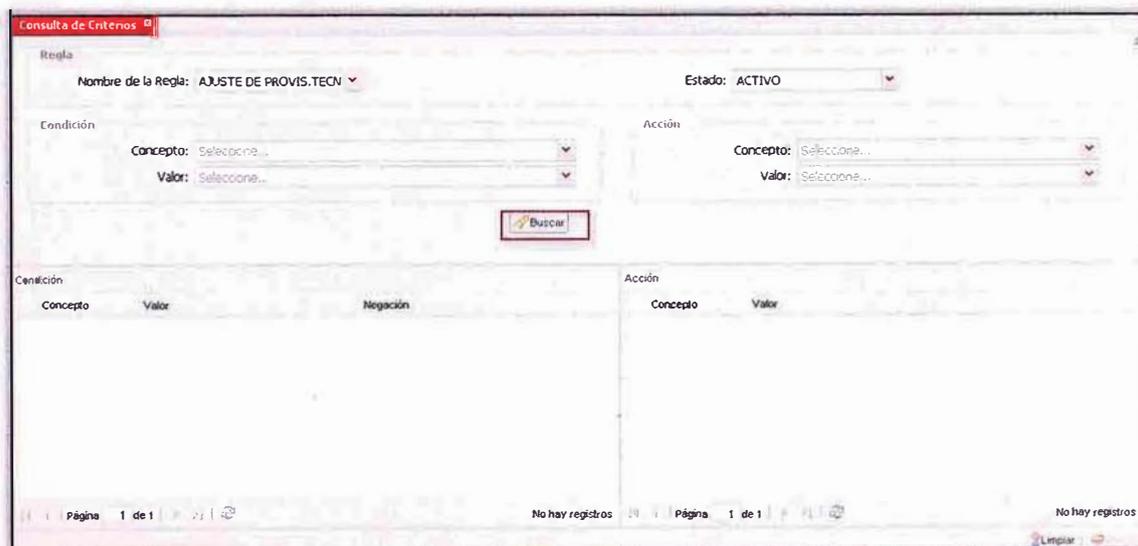


Figura 38. Prototipo24
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Ventana de Resultados

Muestra los resultados de la consulta realizada. Ver Figura 39.

Nombre de la Regla	Estado	Fecha de Inicio	Fecha fin de Vigencia
AJUSTE DE PROVIS.TECN.DE PRIMAS CEDIDAS	ACTIVO	05/12/2013	

Figura 39. Prototipo25
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Paso 6: Diagrama de procesos TOBE

Proceso actual: Solicitud de asientos manuales

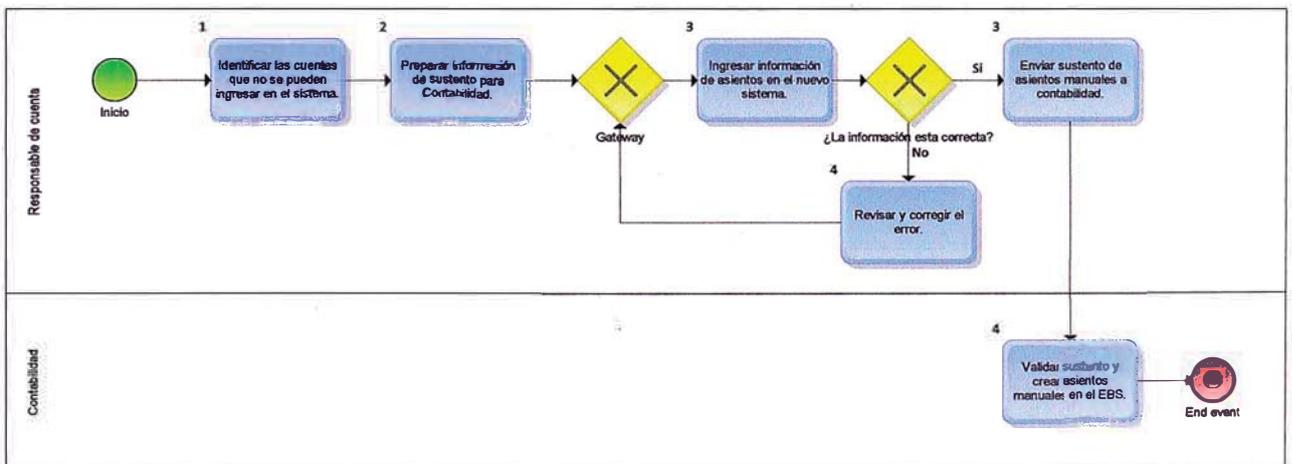


Figura 40. Diagrama de procesos – Solicitud de Asientos Manuales
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Nuevo proceso: Administración de criterios de distribución de cuentas

El proceso a continuación muestra la administración de Criterios de cuentas. Ver Figura 41.

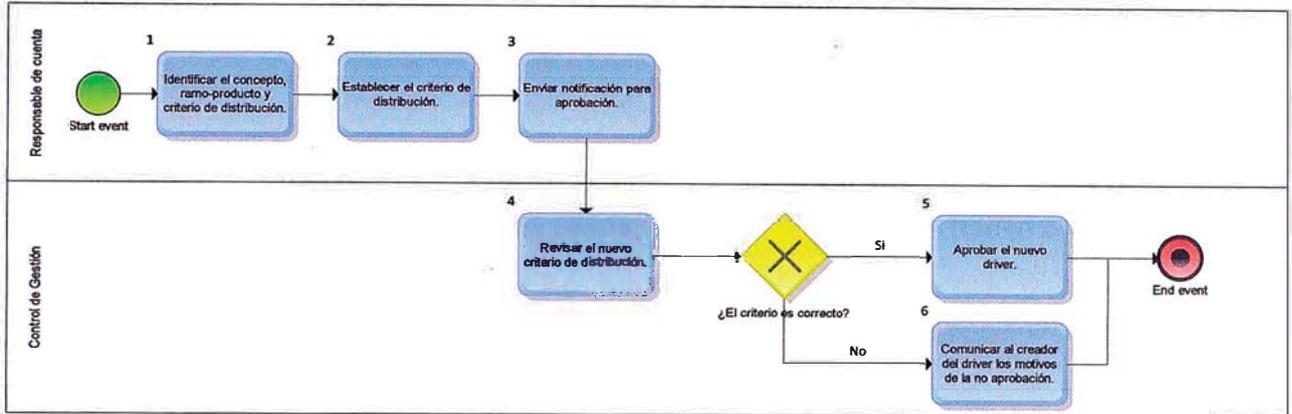


Figura 41. Diagrama de procesos – Administración de Criterios de Dist. de Cuentas
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

Nuevo Proceso: Cálculo y validación del Resultado Técnico

El proceso a continuación muestra cómo se realiza el cálculo y la validación del RT. Ver Figura 42.

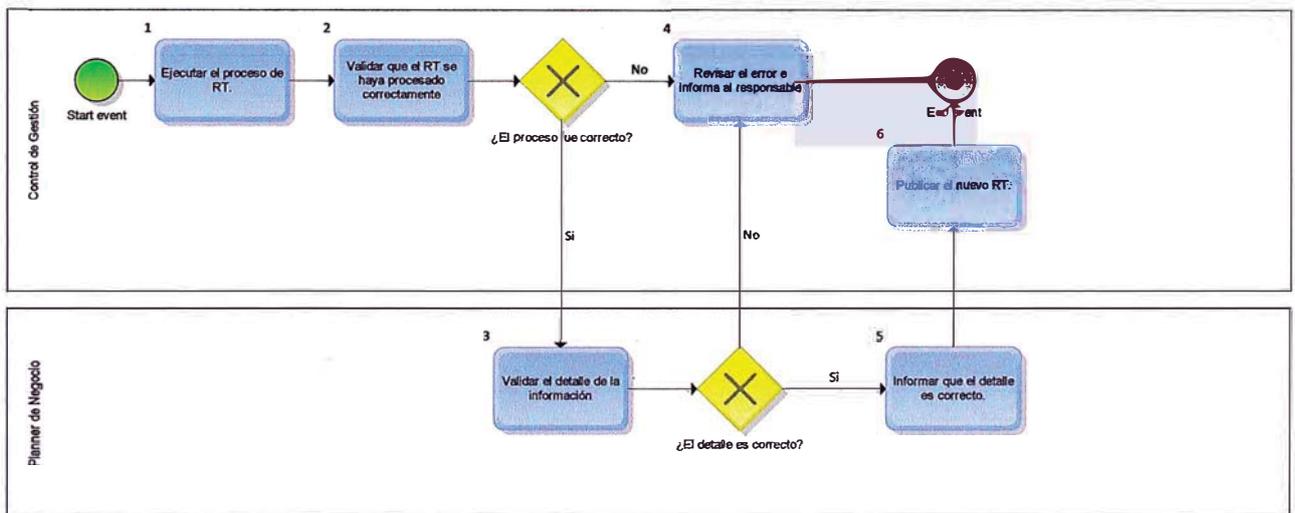


Figura 42. Diagrama de procesos – Administración de Criterios de Dist. de Cuentas
Fuente: Rímac Seguros y Reaseguros

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

4.1. INFORMACIÓN DE SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL

El proyecto será de 7 meses, en ambos casos, ya sea el desarrollo in house o a través de un tercero.

La tabla 10, presenta los costos que se deben tenerse en cuenta en el cálculo final.

Tabla 10
Costos de equipo requerido
Fuente: Elaboración propia

	Costo x Hora x análista	Coste x proyecto x análista	Coste total (2)
Análistas técnicos In House	10	16800	33600
Análistas técnicos outsourcing	12	20160	40320
			73920

	Costo x Hora x análista	Coste x proyecto x análista	Coste total (1)
Analista Funcional In House	12	20160	20160
Analista Funcional Outsourcing	13	21840	21840
			42000

	Costo x Hora x análista	Coste x proyecto x análista	Coste total (1)
Gestor de Procesos In House	12	2880	2880
Gestor de Procesos Outsourcing	14	3360	3360
			6240

COSTO DE EJECUCIÓN DE LA ALTERNATIVA ELEGIDA

La Tabla 11 muestra los costos incurridos al realizar un desarrollo In House.

Tabla 11
Costos Desarrollo - IN HOUSE

Fuente: Elaboración propia

Concepto	jun-13	jul-13	ago-13	sep-13	oct-13	nov-13	dic-13
2 analistas técnicos		5,600	5,600	5,600	5,600	5,600	5,600
1 analista funcional		3360	3360	3360	3360	3360	3360
1 Gestor de Procesos	2880						
Capacitación Post - Desarrollo	0	0	0	0	0	0	0
Licencia SAP	19,983						
SAP - Capacitación Web		62,500					
3 PC	0	0	0	0	0	0	0
1 iPad		617					
							139,740

Costo total de la alternativa 2: \$ 139,740

COSTO DE EJECUCIÓN DE LA ALTERNATIVA 3: (RECHAZADA)

La tabla 12 muestra la evaluación de los costos que se efectúan al contratar un tercero para el desarrollo.

Tabla 12
Costos Desarrollo - Outsourcing
 Fuente: Elaboración propia

Concepto	jun-13	jul-13	ago-13	sep-13	oct-13	nov-13	dic-13
2 analistas técnicos		6,720	6,720	6,720	6,720	6,720	6,720
1 analista funcional		3640	3640	3640	3640	3640	3640
1 Gestor de Procesos	3360						
Capacitación post - Desarrollo							5500
Licencia SAP	19,983						
SAP - Capacitación Web		62,500					
3 PC	3960						
1 iPad							617
							158,080

Costo total de la alternativa 3: \$ 158,080

COSTO DE EJECUCIÓN DE LA ALTERNATIVA 1: (RECHAZADA)

Costo total de la alternativa 1: \$ 0

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINANCIERA

A continuación se muestran los resultados financieros de realizar la solución elegida.

Ver Figura 43. Resultados Financieros.

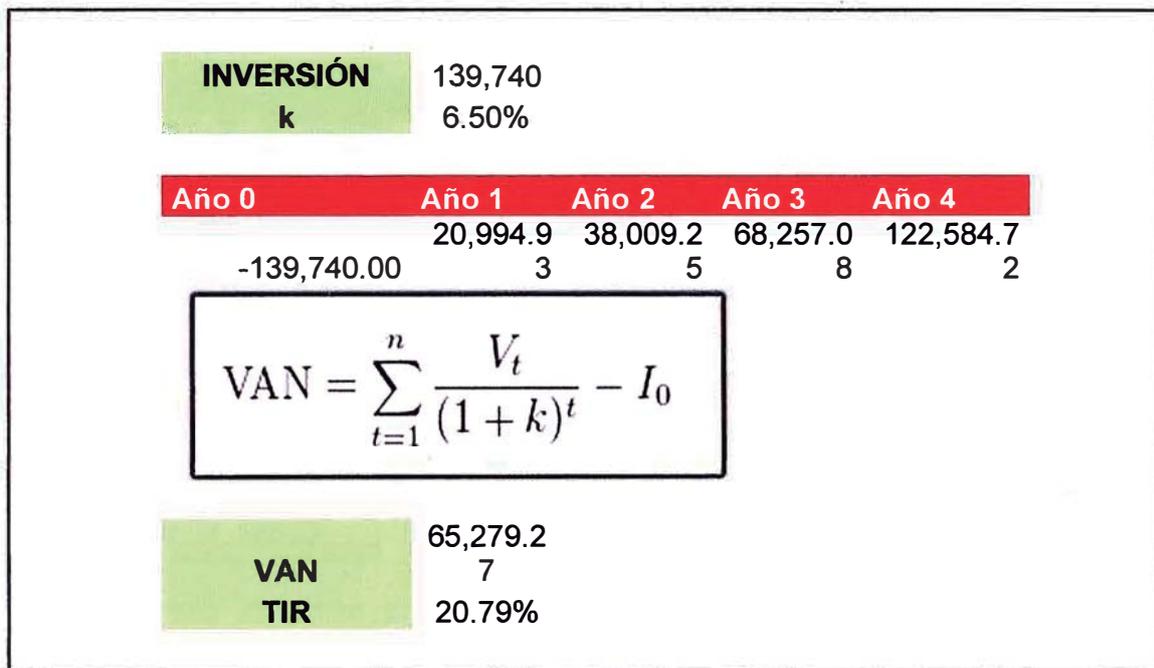


Figura 43. Resultados Financieros
Fuente: Elaboración Propia

VAN>0: El proyecto es viable

Presenta un TIR de 20.72%, como la tasa de interés máxima a la que es posible endeudarse para financiar el proyecto, sin que genere pérdidas.

4.2. RESULTADOS LUEGO DE APLICAR LA SOLUCIÓN

Esta es la mejora e incremento en el nivel de confianza luego de implantar la solución propuesta. Ver Tabla 13. Nivel de confianza.

Tabla 13
Nivel de confianza
Fuente: Rímac Seguros

CUENTA RT	Información recuperada a nivel póliza/Certificado
PRIMAS	98.38%
RRC	99.85%
REASEGUROS	96.75%
SINIESTROS	78.48%
COMISIONES	88.29%
INGRESO TECNICO	99.63%
GASTOS TECNICOS	100.00%
PROVISION INCOBRABLES	77.59%
Total	92.37%

$$\text{Nivel de confianza} = \frac{\sum \text{Montos a nivel de póliza o certificado}}{\sum \text{Montos totales}} \times 100\%$$

$$\text{Nivel de confianza} = 92.37\%$$

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se ha obtenido un progreso en la información de resultados técnicos, incrementándose el nivel de confianza a 92.37%.

Se ha obtenido una mejora en la información brindada a la alta dirección.

- Los beneficios logrados al realizar el análisis de procesos ha permitido identificar la necesidad de agregar el proceso de validación de resultados técnicos.

La identificación de los criterios de distribución de los ingresos para las primas no identificadas ha sido muy importante en la creación del proceso de validación de resultados técnicos.

- La automatización de la administración de distribución de las cuentas ha permitido reducir los tiempos y los riesgos propios de la distribución manual.

RECOMENDACIONES

- Uno de los principales errores al realizar el análisis de soluciones para problemas en el procesamiento puede atribuirse a la falta de un sistema automatizado; sin embargo, se debería realizar un análisis de los procesos para descartar primeramente que la causa real no se deba a procesos mal definidos.
- Se debe realizar un análisis para determinar si es necesario implementar Sistemas para la distribución de criterios.
- Definir lineamientos para la mejora de continua en los procesos actuales.
- Se debe realizar capacitaciones sobre los procesos implementados, sobre todo a las personas que van a dar mantenimientos a las mismas.
- crear un área o grupo separado que solo se encargue de identificar mejoras relacionadas a Procesos.
- Se sugiere establecer un plan de control y actualización de los criterios de distribución para reducir riesgos.

GLOSARIO

Asientos Manuales: Registrados por Contabilidad a solicitud de diferentes áreas por insuficiencias de los sistemas transaccionales (Ej. Reaseguro, Exceso Pérdida, Recupero, campañas de marketing)

Bordereau(x) de Cesiones: Es el listado de las cesiones efectuadas bajo un contrato en el cual se dan los detalles de cada uno.

Bordereau(x) de Siniestros: Es el listado de los siniestros ocurridos bajo un contrato en el cual se dan los detalles de cada uno.

Cauciones: Llamado también seguro de fianza. Dos aplicaciones muy frecuentes de este tipo de seguro lo son la garantía de las fianzas que deben constituirse a favor de los organismos públicos para licitar y ejecutar obras públicas, y el afianzamiento de las cantidades anticipadas para la construcción de obras, mediante la cual la aseguradora indemnizará al asegurado ante la eventualidad que el tomador incumpla sus obligaciones legales y/o contractuales.

Certificado de seguro: Es un documento remitido por una compañía de seguro, en la cual se afirma que existe una póliza de seguro entre el contratante y la compañía. En el caso de seguros de transporte, este documento confirma además que la mercancía mencionada en ella está asegurada.

Cesión: Es la porción reasegurada de un riesgo.

Cobertura Provisional: La gestión del contrato y la emisión de la Póliza pueden prolongarse; y a fin de que el Asegurado esté protegido, el Asegurador otorga una garantía provisional, extiende una nota de cobertura, de alcance variable, que sustituye provisionalmente al contrato y obliga definitivamente las partes. La sustitución posterior de la Póliza no afecta la validez ni duración del contrato.

Comisión: Monto de la compensación o participación de los corredores de seguros.

Comisión de Reaseguro o Cesión: Porcentaje cobrado por la cedente, en compensación de los gastos de adquisición y administración del negocio reasegurado.

Contrato cuota-parte: Es una forma de contrato proporcional, en donde se establece un % específico de todos los riesgos, que la aseguradora tome o de varios ramos. Porcentaje que define la parte de prima que le corresponde al asegurador como la parte de los riesgos a asumir. La cuota parte trata a los riesgos cedidos como una totalidad, la aseguradora no puede elegir que cede y que no.

Contrato de exceso de Pérdida por Evento: Contrato de seguro no proporcional. Por ejemplo, en un siniestro que establece un cúmulo de riesgos individuales asegurados con la misma compañía. Es decir, los excesos pueden ser por: una catástrofe o un terremoto o unas inundaciones, etc.

Contrato de exceso de Pérdida por Riesgo: Contrato de seguro no proporcional; Superada una cantidad estipulada, es decir el exceso, el reasegurador asume un siniestro que le ocurra en un riesgo en especial. El límite es por riesgo.

Contrato Excedente: Contrato proporcional excedente compromete al reasegurador a asumir un cierto porcentaje de los siniestros en ramos específicos o cuando superen importes determinados. Calcula con poco margen de error el volumen de pérdidas máximas que se pueden asumir con las primas recaudadas por la totalidad de los riesgos.

Cúmulo de riesgos: Situación que se produce cuando determinadas partes de un mismo riesgo están aseguradas simultáneamente por la misma entidad aseguradora, o cuando ciertos riesgos distintos están sujetos al mismo evento; por ejemplo, cúmulo de las diversas factorías de una misma industria cuya proximidad hace presumible que el incendio iniciado en una de ellas se propague a las restantes.

Derecho de emisión: Es el monto que las compañías aseguradoras tienen la facultad de cobrar para cubrir los gastos de emisión del contrato del seguro.

Para los efectos de realizar los descuentos y cargos sobre la base de las primas, se entenderá que éstas siempre estarán netas del Derecho de Emisión, el que será deducido de las primas antes de ser abonadas a las cuentas.

Driver: Criterio de distribución para las primas que no tienen detalle a nivel de póliza certificado.

Exceso de pérdida: Reaseguro que indemniza a la compañía cedente por el exceso de una suma preestablecida o situación primaria, en la eventualidad de siniestros de la cedente.

Movimientos No Automáticos: Movimientos que si bien se registran en los diferentes sistemas de la compañía este no se realiza a nivel de póliza (Ej. Gastos de Marketing, Participación de Utilidades).

Póliza: Una póliza de seguro es un contrato entre el asegurado y una Compañía de Seguros, donde se establecen los derechos y obligaciones de ambas partes, las Coberturas (son los riesgos que asume el asegurador y que se describen en la póliza), en relación al seguro contratado.

Primas: La prima es uno de los elementos indispensables del contrato de seguro. Es el precio del seguro o contraprestación, que establece una compañía de seguros calculada sobre la base de cálculos actuariales y estadísticos teniendo en cuenta la frecuencia y severidad en la ocurrencia de eventos similares, la historia misma de eventos ocurridos al cliente, y excluyendo los gastos internos o externos que tenga dicha aseguradora.

Prima Bruta (Gross Premium): Se denomina también prima comercial o prima de tarifa, y es la que aplica el asegurador a un riesgo determinado y para una cobertura concreta. Está formada, como elemento base, por la prima pura más los recargos para gastos generales de gestión y administración, gastos comerciales o de adquisición, gastos de cobranza de las primas, gastos de liquidación de siniestros más, en su caso, coeficiente de seguridad y beneficio industrial.

Prima Devengada: Es la prima cuyo período de vigencia ha concluido o que no excede la prima mínima. Es la prima que ha sido cubierta por el seguro, a la fecha.

Prima Directa: Todas las primas resultantes de las pólizas emitidas directamente por una compañía aseguradora en particular.

Prima Neta: Las primas netas se refieren a los ingresos que una compañía de seguros va a recibir por asumir el riesgo en virtud de un contrato de seguro, menos los gastos asociados con la provisión de la cobertura bajo la póliza.

Prima Neta Retenida: Es la prima pagada de seguros directos y reaseguros aceptados, deduciendo las anulaciones, cancelaciones y primas de reaseguros cedidos.

Prima Nivelada: Aquella que permanece invariable durante la vigencia del riesgo. Se llama también prima constante. Es un seguro en el que el importe de la prima es constante y no varía como consecuencia del riesgo. El seguro a prima nivelada se emplea en seguros individuales para mantener un coste constante, superior, al principio, al coste de la prima calculada normalmente (no nivelada) y que acumulada dinero (reserva) para cuando el valor de la prima nivelada es inferior al coste que debiera tener la prima no nivelada.

Prima Pura (Risk Premium): Representa la unidad más simple y básica del concepto de prima, por cuanto significa el coste real del riesgo asumido por el asegurador, sin tener en cuenta sus gastos de gestión.

Prima Total: Es el importe de la prima neta, al que se incluyen los derechos de póliza o gastos de expedición, el recargo por pago fraccionado si lo hubiera y el impuesto correspondiente.

Provisión: Es un apunte contable que se hace en el pasivo, en gastos, como reconocimiento de un riesgo tanto cierto como incierto.

Provisión de Cobranza Dudosa: Es aquella deuda respecto de la cual no existe certeza o seguridad en su posible recuperación, ya sea porque el deudor no se acerca a cancelar su obligación con el acreedor o porque éste se encuentra en una

situación de falencia económica que le impide ejecutar cualquier tipo de pago de deudas, en perjuicio del acreedor obviamente.

La provisión consiste en reconocer como “gasto del período” la evidencia de incobrabilidad de algunas partidas por cobrar, de esta forma el importe de cuentas por cobrar que se mostrará en el balance general es el que realmente se espera que genere beneficios económicos a la empresa.

Reaseguro: El reaseguro es el método por el cual una aseguradora cede parte de los riesgos que asume con el fin de reducir el monto de su pérdida posible. Es asumir parte del riesgo a cambio de recibir parte de la prima. La forma de distribuir y solucionar los riesgos son muy importantes, estos pueden ser por reaseguro automático, o por reaseguro facultativo.

Reaseguro Aceptado: Expresión utilizada para denominar la parte del riesgo o riesgos asumidos por el reasegurador.

Reaseguro Automático: También conocido como Reaseguro Obligatorio. La aseguradora y la reaseguradora se comprometen una a ceder y la otra a aceptar ciertos porcentajes de los riesgos que asume la primera. Puede ser en una relación 20/80, la aseguradora retiene el 20% de los riesgos y la reaseguradora acepta el 80% de los riesgos. Es propia de la totalidad de los contratos, que la aseguradora haga en un cierto ramo como ejemplo todos los autos que asegure. Por la totalidad de una cartera de seguros y una proporción de retención homogénea, para todos los riesgos de los seguros que conforman la cartera.

Reaseguro Cedido: Se refiere a la parte de uno o más riesgos que la compañía cedente (asegurador directo) transfiere al reasegurador.

Reaseguro de Catástrofe: Es aquel que está destinado a proteger a la cedente frente a contingencias anormales producidas por acontecimientos realmente catastróficos que excedan de unas previsiones razonables de siniestralidad.

Reaseguro Facultativo: Opuesto al seguro automático. La retención o cesión se establece individualmente, estudiando riesgo a riesgo entre la aseguradora y la reaseguradora.

Reaseguro no Proporcional: La base no es el riesgo, sino el siniestro. El reasegurador asume parte de los costes de los siniestros que supere ciertos valores, es decir, lo que excede que se llama "prioridad". No se comparten los riesgos como en el proporcional, sino que es una garantía de reaseguro en los siniestros, que superen cierta cantidad de dinero.

Reaseguro Proporcional: La cuantía de la responsabilidad que corresponde al reasegurador en caso de siniestro se calcula con la proporción que resulta entre la prima recibida por él (prima cedida) y la prima total de la póliza. Por tanto el reasegurador participa de los siniestros y las primas en idéntica proporción.

- El capital asegurado: el porcentaje del riesgo que asume cada una de las partes.
- El porcentaje de la prima, que paga el asegurado inicialmente y recibirá el reasegurador y al mismo tiempo esta cede a la aseguradora una comisión de reaseguro.
- El coste de los siniestros: el porcentaje del coste de los siniestros, que le corresponde asumir al reasegurador si se produce el accidente.

El reaseguro proporcional tiene 2 tipos de contrato: el contrato cuota-parte y el contrato excedente.

Reserva: Es la cantidad determinada por la aseguradora, que considera necesaria para hacerle frente a las indemnizaciones que se le presentaran en un período determinado de tiempo. Es en otras palabras, la cantidad que tiene la compañía estimada para el pago de los siniestros y que calcula mediante las matemáticas y el cálculo actuarial.

Las reservas forman parte de los fondos propios de una empresa y su finalidad es poder hacer frente a obligaciones con terceros que pudieran presentarse inmediatamente.

Reservas de Riesgo en Curso (RRC): Es la porción de la prima que no ha sido devengada por la reaseguradora. Corresponden a la obligación que tienen las empresas de seguros y compañías de reaseguros de establecer un valor a deducir del monto de las primas netas retenidas no devengadas por ramo, para proteger probables siniestros que afecten a las pólizas vigentes.

Reserva de siniestros pendientes: Una vez ocurrido el siniestro, existen estimaciones del mismo (antes de la liquidación final). El monto del potencial siniestro es la reserva de siniestros pendientes que debe de ser guardada para afrontar el siniestro.

Reservas matemáticas: Cálculo actuarial de la porción de prima del seguro de vida que no está devengado por la reaseguradora. Es para seguros de vida exclusivamente, pero el mismo concepto de la reserva de riesgos en curso. La reserva matemática es el resultado de acumulación de cuotas de prima proveniente de cálculos actuariales para su determinación.

Reservas técnicas: Son la suma de las reservas matemáticas, reservas de riesgos en curso, y reservas de siniestros pendientes de pago. Las reservas técnicas tienen como finalidad, tener solvencia suficiente para afrontar el pago de siniestros que es lo que debe hacer una compañía de seguros.

Resultado Técnico Contable: El RT Contable es el resultado de la suma del RT Emisión, Asientos Manuales y Operaciones No Relacionadas directamente a pólizas. (Un ejemplo de estas operaciones son las campañas de marketing).

Resultado Técnico de Emisión: Transaccionalidad a nivel de póliza generado por los diferentes sistemas de la compañía. A diferencias del RT Contable, el RT Emisión trabaja con primas devengadas, contablemente es equivalente a sumar la Prima de Seguros y Reaseguros Aceptados con los Ajustes de Provisión Técnica de Primas; y los siniestros se distribuyen por fecha de ocurrencia, mientras que en el contable son por fecha de reserva o pago.

Resultado Técnico (Underwriting Result): En esencia y referido a una empresa de seguros, es la diferencia entre las primas recaudadas y el importe de los gastos habidos por siniestros (pagados o pendientes de pago). En la práctica, ambas partidas se ven incrementadas por otra serie de conceptos. Así, entre los gastos hay que incluir las comisiones, los gastos de administración, las primas cedidas al reaseguro, etc., y entre los ingresos, las comisiones recibidas del reaseguro, el importe de siniestros a su cargo, los recobros, etc.

En resumen, el resultado técnico es el que proviene propia y exclusivamente del ejercicio de la actividad aseguradora, sin tener en cuenta otra serie de ingresos y gastos que pueda tener la empresa ajenos a la citada actividad, como puede ser su gestión financiera o de inversiones.

Retención: La retención es lo que la aseguradora ha decidido quedarse como riesgo o "retención de riesgo", es decir el porcentaje de riesgo que no cede en el reaseguro.

Riesgo Asegurable: Aquel que, por su naturaleza, es susceptible de ser asegurado; es decir, cumple los caracteres esenciales del riesgo.

Riesgo Catastrófico: Se da este nombre al que tiene su origen en hechos o acontecimientos de carácter extraordinario, tales como fenómenos atmosféricos de elevada gravedad, movimientos sísmicos, conmociones o revoluciones militares o políticas, etc., cuya propia naturaleza anormal y la elevada intensidad y cuantía de los daños que de ellos pueden derivarse impiden que su cobertura quede garantizada en una póliza de seguro ordinario.

Riesgo común: Se dice que dos o varios bienes u objetos constituyen riesgo común cuando la propia naturaleza y proximidad de ellos obliga a considerarlos como un riesgo único, puesto que la ocurrencia de un siniestro en uno afectaría inexorablemente a los restantes.

En este sentido, se habla de riesgos comunes (o cúmulo de riesgos), por ejemplo, respecto a las personas que viajan en un mismo avión, respecto a las diversas viviendas que constituyen un mismo inmueble, etc.

Seguros Previsionales: Es aquel que cubre la pensión de invalidez y de sobrevivencia en el sistema privado de pensiones.

La pensión de invalidez es un beneficio al cual tienen derecho los trabajadores afiliados que a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, sufran un menoscabo permanente de su capacidad de trabajo.

La pensión de sobrevivencia es un beneficio previsional al cual tienen derecho los componentes del grupo familiar del afiliado fallecido que cumplan ciertos requisitos asociados a cada país.

Siniestros Ocurridos pero No Reportados (S.O.Y.N.R): También conocido en inglés como: Losses Incurred but Not Reported (I.B.N.R.)

Aquellas reclamaciones que todavía no han sido comunicadas a la aseguradora.

Unidad Física Asegurable: Es cualquier persona o bien que reúne las características predeterminadas para poder ser objeto de la cobertura del seguro.

IBNR: La reserva de siniestros ocurridos y no reportados corresponde a los siniestros que se producen durante la vigencia de la póliza, pero que se conocen con posterioridad a la fecha de cierre de la información financiera.

BIBLIOGRAFÍA

- Caravedo, Luciana. Reporte de Sostenibilidad Rímac Seguros 2012. Lima Perú, 2012. 139 dpositivas.
- Mendoza, Rodrigo; Espinoza, Betsy. Rímac Seguros y Reaseguros, Informe de clasificación de Riesgos. 23 de Setiembre del 2013.
- Superintendencia de Bancos, Seguros y AFP. Indicadores de Empresas de Seguros. Setiembre, 2013.
- Superintendencia de Bancos, Seguros y AFP Ranking de primas netas por ramos. Setiembre, 2013.
- Cussato, Hugo; Canchano, Javier. Fitch Ratings: Sector Seguros en Perú – Revisión 2012 y Perspectivas 2013.
- ALVITES, JULIO; ESQUIVEL, CÉSAR; SLOCOVICH, ERICK. Planeamiento Estratégico para Rímac Seguros. Tesis de Post grado para obtener el grado académico de magíster en administración estratégica de empresas otorgado por la pontificia universidad católica del Perú. Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Administrativas.
- Agencia Peruana de Noticias. En Worl Wide Web: <<http://www.americaeconomia.com/negocios-industrias/mercado-de-seguros-en-el-peru-crecera-hasta-12-este-ano>> [17 de Julio del 2013]
- IT/USERS International Awards. En Worl Wide Web: <<http://itusersmagazine.com/tag/rimac-seguros/>> [8 de diciembre del 2013]
- ZAMORA SALCEDO, CARLOS EDUARDO. Ingeniero en Software Blog's. En world Wide Web: < <http://softwarerecopilation.wordpress.com/modelo-rup/>> [02 de Junio del 2014]
- EQUIPO EDITORIAL DE BUENOS NEGOCIOS. VAN y TIR: ¿cuánto vale una inversión? En World Wide Web: <<http://www.buenosnegocios.com/notas/247-van-y-tir-cuanto-vale-una-inversionr>> [14 de Junio del 2014]
- ELIAS, ARTURO. Cómo evaluar un proyecto de inversión a través del VAN. En World Wide Web: < <http://www.crecenegocios.com/como-evaluar-un-proyecto-de-inversion-a-traves-del-van/>> [14 de Junio del 2014]