




**FORMATO N° 22**

**ACTA DE OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO:  
BIENES, SERVICIOS EN GENERAL Y OBRAS  
(PARA PROCEDIMIENTOS CUYA PRESENTACIÓN DE OFERTAS SE REALIZA EN ACTO PÚBLICO O PRIVADO)**

<b>1</b>	<b>NÚMERO DE ACTA</b>	060-2024		
<b>2</b>	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b>			
<p>El 09 de Agosto del 2024 se reunieron los integrantes del Comité de Selección designados mediante Resolución Administrativa N° 338 -2024 GRLL/GGR/GRS/IREN NORTE-DG, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de la Adjudicación Simplificada N° 017-2024 IREN NORTE, cuyo objeto de convocatoria es la "Adquisición de Dietilestilbestrol 1mg tab para el Departamento de Farmacia", a fin de <b>OTORGAR LA BUENA PRO.</b></p>				
<b>3</b>	<b>SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)</b>			
<p>El quorum necesario que exige la normativa de contratación del Estado se logró con la presencia de los siguientes miembros:</p>				
Presidente		DR. JUAN ELOY SILVA CAPUÑAY	Titular <input checked="" type="checkbox"/> Suplente <input type="checkbox"/>	Dependencia: CIRUGIA ONCOLOGICA UROLOGIA
Primer Miembro		C.P.C. PATRICIA C. AGUILAR VERAU	Titular <input checked="" type="checkbox"/> Suplente <input type="checkbox"/>	Dependencia: UNIDAD DE LOGISTICA
Segundo Miembro		Q.F. LIN YONEL CASTRO HURTADO	Titular <input checked="" type="checkbox"/> Suplente <input type="checkbox"/>	Dependencia: DEPARTAMENTO DE FARMACIA
<b>4</b>	<b>OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO</b>			
De acuerdo con los resultados de la calificación, el postor ganador de la buena pro es:				
Nombre o razón social del postor ganador				Monto adjudicado
LABORATORIOS AC FARMA S.A.				ITEM N° 1: 175,000.00
<b>5</b>	<b>BASE LEGAL</b>			
<p>Artículo 56 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado: "Luego de la calificación de las ofertas, el comité de selección debe otorgar la buena pro, mediante su publicación en el SEACE".</p>				
<b>6</b>	<b>ACUERDO ADOPTADO</b>			
<p>Visto que la Admisión, Evaluación, Calificación de ofertas fue realizada en su momento por los miembros que asumieron dicha responsabilidad y a la espera de la ampliación de certificación y aprobación del Titular de la Entidad, con fecha 16 de setiembre los integrantes del Comité de Selección arriba mencionados, por unanimidad, otorgan la buena pro a los postores adjudicados publicando las actas correspondientes.</p>				
<b>7</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">   <b>C.P.C. Patricia C. Aguilar Verea</b>  MIEMBRO  Comité de Selección  Instituto Regional de Enfermedades  Neoplásicas  "Luis Pinillos Ganzoza" – IREN NORTE </div> <div style="text-align: center;">   <b>DR. JUAN ELOY SILVA CAPUÑAY</b>  PRESIDENTE  Comité de Selección  Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas  "Luis Pinillos Ganzoza" – IREN NORTE </div> <div style="text-align: center;">   <b>Q.F. Lin Yonel Castro Hurtado</b>  SEGUNDO MIEMBRO  Comité de Selección  Instituto Regional de Enfermedades  Neoplásicas  "Luis Pinillos Ganzoza" – IREN NORTE </div> </div>			
<b>NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>				

**FORMATO N° 11**  
**ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:**  
**BIENES**  
**(PARA PROCEDIMIENTOS CUYA PRESENTACIÓN DE OFERTAS SE REALIZA EN ACTO PRIVADO)**

<b>1</b>	<b>NÚMERO DE ACTA</b>	059-2024
----------	-----------------------	----------

<b>2</b>	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b>
<p>En, la ciudad de Trujillo, a los 08 días del mes de Agosto del año 2024, en el local de la Unidad de Logística, a las 8:40 horas, se reunieron los integrantes del Comité de Selección designados mediante Resolución Administrativa N° 338-2024 GRLL/GGR/GRS/IREN NORTE-DG, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de la Adjudicación simplificada N°017-2024, cuyo objeto de convocatoria es la Adquisición de Dietilestilbestrol 1mg tab para el Departamento de Farmacia, a fin de efectuar la APERTURA DE SOBRES, ADMISIÓN, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS presentadas y CALIFICACIÓN de la oferta correspondiente según orden de prelación.</p> <p>Nota.- En caso las actuaciones se realicen en diversos días, precisar la fecha, hora y local de las sesiones realizadas durante la evaluación y calificación de las ofertas, en el acto que corresponda.</p>	

3	SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)					
	El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros:					
	Presidente	DR. JUAN ELOY SILVA CAPUÑAY	Titular	X	Dependencia:	CIRUGIA ONCOLOGICA UROLOGIA
			Suplente			
	Primer Miembro	C.P.C. PATRICIA CATHERINE AGUILAR VEREAU	Titular	X	Dependencia:	UNIDAD DE LOGISTICA
			Suplente			
	Segundo Miembro	Q.F. LIN YONEL CASTRO HURTADO	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE FARMACIA
Suplente						

4	DETALLE DE LOS PARTICIPANTES		
	De acuerdo con el cronograma establecido en las bases, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores:		
	Nº	Nombre o razón social del participante	RUC
	1	LABORATORIOS AC FARMA S.A.	20347268683

5

DETALLE DE LOS POSTORES

En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron sus ofertas en la plataforma del SEACE en forma electronica:

Nº	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación
1	LABORATORIOS AC FARMA S.A.	08.08.24	18:19:00

<b>6</b>	<p>Acto seguido, se procede con la apertura de los sobres que contienen las ofertas de los mencionados postores, y con la revisión de las mismas, a fin de verificar la presentación de los documentos requeridos y determinar si las ofertas responden a las características y/o requisitos funcionales y condiciones de las Especificaciones Técnicas previstas en las bases.</p>
----------	---

7	DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS		
De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas no se admiten, por lo que no se les aplicará los factores de evaluación:			
Nº	Nombre o razón social del postor	Item Nº	Consignar las razones para su no admisión
1			
2			

<b>8</b>	<b>DETALLE DE LAS OFERTAS ADMITIDAS Y QUE PASAN A EVALUACIÓN</b>
<p>De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas fueron admitidas por lo que se procederá con su evaluación:</p>	

**FORMATO N° 11**

**ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:  
BIENES  
(PARA PROCEDIMIENTOS CUYA PRESENTACIÓN DE OFERTAS SE REALIZA EN ACTO PRIVADO)**

N°	Nombre o razón social del postor	Item(s) a los que postula
1	LABORATORIOS AC FARMA S.A.	ITEM N° 1
2		

<b>9 EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS</b>				
<b>9.1 DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA</b>				
N°	Nombre o razón social del postor	Item N°	Precio de su oferta	% del valor referencial
1	LABORATORIOS AC FARMA S.A.	1	175,000.00	83.33
2				
<b>9.2 DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS EN CONCORDANCIA CON LOS FACTORES DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS EN LAS BASES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN</b>				
La evaluación de las ofertas se detalla en el cuadro de Evaluación de Ofertas, según Anexo N° 2 que forma parte de la presente Acta.				

10	PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES		
	COMPLETAR EL DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE CADA POSTOR		
	10.1	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1	LABORATORIOS AC FARMA S.A.
		ITEM N° 1	
		FACTORES	PUNTAJES
		PRECIO	100 puntos
SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES		100 puntos	

<b>11 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN</b>				
De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente:				
N° DE ORDEN DE PRELACIÓN	N° DE ITEM	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR		PUNTAJE TOTAL
1	1	LABORATORIOS AC FARMA S.A.		100
Nota.- En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación.				

12	CALIFICACIÓN			
Luego de culminada la evaluación, el Comité de Selección determinó si el postor que obtuvo el primer y segundo lugar según el orden de prelación cumple con los requisitos de calificación detallados en las bases:				
12.1	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1		UNIVERSO CIENTIFICO S.A.C.	
	REQUISITOS DE CALIFICACIÓN		CUMPLE	NO CUMPLE
	B	EXPERIENCIA DEL POSTOR		
	B.1	FACTURACIÓN	X	
	RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN		CALIFICADA	
SI NINGUNO DE LOS DOS POSTORES CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN, EL COMITÉ DE SELECCIÓN O EL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES, SEGÚN CORRESPONDA, DEBE VERIFICAR LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN DE LOS POSTORES ADMITIDOS, SEGÚN EL ORDEN DE PRELACIÓN OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN				
.....	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR ....			

**FORMATO N° 11**

**ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:  
BIENES  
(PARA PROCEDIMIENTOS CUYA PRESENTACIÓN DE OFERTAS SE REALIZA EN ACTO PRIVADO)**

**12.3 DETALLE DE LA CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS**

La calificación de las ofertas se detalla en el cuadro de Calificación, según Anexo N° 3 que forma parte de la presente Acta.

**13 RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN**

De acuerdo a la calificación realizada, el siguiente postor que obtuvo el PRIMER lugar en orden de prelación, cumple los requisitos de calificación establecidos en las bases

Nº	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR	ORDEN DE PRELACION	ITEM N°
1	LABORATORIOS AC FARMA S.A.	1	1

DE SER EL CASO INCLUIR:


Asimismo, los siguientes postores fueron descalificados por no cumplir los requisitos de calificación especificados en las bases:


Nº	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR	CONSIGNAR LAS RAZONES DE SU DESCALIFICACIÓN
1		

**14 ACUERDO ADOPTADO**

Los integrantes del Comité de Selección, por unanimidad, dan por aprobados los resultados de la evaluación de las ofertas y calificación, de acuerdo con el análisis efectuado y a los cuadros de Evaluación de Ofertas y Calificación adjuntos que forman parte del Acta.

**15**

  
C.P.C. Patricia C. Aguilar Vereau  
**MIEMBRO**  
Comité de Selección  
Instituto Regional de Enfermedades  
Neoplásicas  
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE

  
DR. JUAN B. SILVA CAPUÑAY  
**PRESIDENTE**  
Comité de Selección  
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas  
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE

  
Q.F. Lin Y. Castro Hurtado  
**MIEMBRO**  
Comité de Selección  
Instituto Regional de Enfermedades  
Neoplásicas  
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE


**NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES**


## ANEXO N° 01

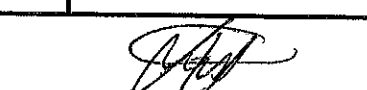
AS N° 017-2024 IREN NORTE"ADQUISICION DE DIETILESTILBESTROL 1MG TAB PARA EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA"

## CUADRO DE ADMISION

ACREDITACIÓN	LABORATORIOS AC FARMA S.A.
	ITEM N°01
Declaración Jurada de datos del postor. <b>Anexo N° 01.</b>	SI
Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta. En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto. En caso de persona natural, copia del documento nacional de Identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda. En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.	SI
Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. <b>(Anexo N° 2)</b>	SI
Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. <b>(Anexo N° 3)</b>	SI
<b>Carta de Representación (copia simple)</b>  Obligatorio solo para los postores que no fabrican estos bienes. Debe estar a nombre del postor y debe ser emitida por el fabricante o dueño de la marca del producto que oferta; para la emisión de la carta de representación no se requiere de la presencia de autoridad alguna ni que dicho acto conste en instrumento público. En caso de presentar una carta de representación del distribuidor, esta deberá anexar un documento que indique que el fabricante o dueño de la marca otorga la condición de representante distribuidor. Con vigencia a la fecha de presentación de propuestas. Debe indicar, la fecha de vigencia, caso contrario, a la fecha de emisión, no deberá ser mayor a dos (02) años, contados a partir de la fecha de presentación de propuestas. No se aceptará vigencias indefinidas (art. 34º del Decreto Supremo N°020-2011-SA). En caso de presentar los documentos solicitados, en idioma distinto al castellano, se deberá presentar copia simple de la traducción efectuada	NO APLICA
<b>Inserto o Prospecto</b>  Se debe adjuntar para cada envase mediato, el inserto aprobado en su registro Sanitario, el contenido del inserto que acompaña al medicamento deberá estar conforme a lo establecido en el Art. 49 del D.S. 010-097-SA modificado por el Art.1º del DS 020-2001—SA, Art 1º numeral 5 del D.S. N°028-2010 -SA o en el Art. 48 del D.S. N° 019-2011-SA según corresponda	SI
<b>Ficha Técnica de Presentación del producto ofertado</b> De los productos ofertados suscrita por el Postor y/o su Representante Legal, deberá detallarse las Especificaciones Técnicas de la Concentración, Forma Farmacéutica, Vía de Administración, Envase Mediato e Inmediato, Inserto, embalaje, vigencia mínima, número de Registro Sanitario y su fecha de vencimiento del producto en el Protocolo de Análisis.	SI
Declaración jurada de plazo de entrega. <b>(Anexo N° 4)</b>	SI
<b>Promesa de consorcio con firmas legalizadas</b> , de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. <b>(Anexo N° 5)</b>	NO APLICA
El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el <b>(Anexo N° 6)</b>	SI
El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. Los precios unitarios pueden ser expresados con más de dos (2) decimales.	
<b>ADMITIDA/NO ADMITIDA</b>	ADMITIDA

  
C.P.C. Patricia E. Aguilar Vereau  
Primer Miembro  
Instituto Regional de Enfermedades  
Neoplásicas  
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE

  
DR. JUAN E. SILVA CAPUNAY  
PRESIDENTE  
Instituto Regional de Enfermedades  
Neoplásicas  
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE

  
Q.F. Lin Y. Castro Hurtado  
Segundo Miembro  
Instituto Regional de Enfermedades  
Neoplásicas  
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE


# ANEXO N° 02

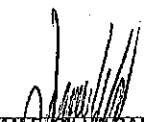
## AS N° 017-2024 IREN NORTE


### "ADQUISICION DE DIETILESTILBESTROL 1MG TAB PARA EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA"

FACTORES DE EVALUACION: CALIFICACIÓN MAXIMA: 100.00 puntos

		ITEM N°01
A. PRECIO (Máximo 100.00 puntos)	PUNTAJE	LABORATORIOS AC FARMA S.A.
		20347268683
Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.	$PI = \frac{Om \times PMP}{\% OI}$ 100 PUNTOS	100.00 PUNTOS SI. 175,000.00

  
 C.P.C. Patricia C. Aguilar Vereau  
 Primer Miembro  
 Instituto Regional de Enfermedades  
 Neoplásicas "Luis Pinillos Ganoza" – IREN  
 NORTE

  
 DR. JUAN B. SILVA CAPUÑAY  
 PRESIDENTE  
 Instituto Regional de Enfermedades  
 Neoplásicas "Luis Pinillos Ganoza" – IREN  
 NORTE

  
 Q.F. Lin Y. Castro Hurtado  
 Segundo Miembro  
 Instituto Regional de Enfermedades  
 Neoplásicas "Luis Pinillos Ganoza" – IREN  
 NORTE

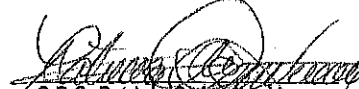
## ANEXO N° 3


## CUADRO DE CALIFICACION


AS N° 017-2024 IREN NORTE"ADQUISICION DE DIETILESTILBESTROL 1 MG TAB PARA EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA"

ACREDITACIÓN		LABORATORIOS AC FARMA S.A.
ITEM N° 1		
<b>A. CAPACIDAD LEGAL</b>		
<b>HABILITACION</b>		
<b>Constancia de Registro de Establecimiento Farmaceutico o Resolucion de Autorizacion Sanitaria de Funcionamiento (Copia Legible)</b>  Emitida por la Autoridad Nacional de Medicamentos-ANM o la Autoridad Regional de Salud de acuerdo a lo establecido en el Artículo 17° del DS. N° 014-2011-SA y su primera disposición complementaria transitoria.  En el caso que el establecimiento farmaceutico (laboratorio farmaceuticoy drogueria) cuente solo con constancia de registro de Establecimiento Farmaceutico, debe presentar una Declaracion Jurada emitida por el Representante legal del establecimiento de funcionamiento en el caso que la ANM o ARS haya definido el cronograma respectivo y que a la fecha de representación de la propuesta no tiene opinión desfavorable de la ANM o ARM respecto de su solitud , según corresponda.		SI
<b>Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario.(Copia simple)</b>  Vigente a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la ANM Ministerio de Salud- (DIGEMID), a nombre del postor o de terceros. Los datos expresados en la oferta presentada, deben coincidir con los datos indicados en el Registro Sanitario del producto ofertado. Las empresas distribuidoras de productos nacionales o importados, podrán presentar copia simple del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario. No se aceptará expedientes en trámite para la obtención del Registro.		SI
<b>Certificado de Buenas Practicas de Manufactura (BPM)(copia simple)</b>  Emitida por la autoridad competente del país de origen, de presentarse en otro idioma, deberá estar acompañado de una traducción simple y vigente a la fecha de la presentacion de las ofertas o con una antigüedad no mayor a 02 años desde su fecha de emision.  Se consideran como certificados equivalentes del BPM del fabricante o extranjero, el certificado CE de la Comunidad Europea, norma ISO 13485 y el FDA, siempre que acrediten el cumplimiento de Normas de Control de Calidad de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o entidad competente del país de origen.  Si el postor importa e lproducto de un fabricante extranjero que a su vez encarga la producción a otra planta extranjera, deberá presentar el BPM de ambas empresas, obligatoriamente.		SI
<b>Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (copia simple)</b>  Vigente a la fecha de presentación de propuestas, extendido por la ANM - (DIGEMID), a nombre de la empresa que se hará cargo del almacenamiento de los productos. En el caso la empresa solicita servicio de arrendamiento interrelacionándose en forma completa e integral, deberá presentar el contrato del servicio de almacenamiento con el tercero que cuenta con BPA, así como también el proveedor deberá acreditar el cumplimiento de los procesos que le corresponden mediante el certificado de Buenas Practicas de almacenamiento a su nombre. En el caso que la empresa postora sea un fabricante nacional; en mérito a la aplicación de las normativas regulatorias que en esta materia se encuentran vigentes en el territorio peruano, deberá considerarse que el BPA está incluido en el BPM		SI

<p><b>Protocolo de Análisis y/o Certificado de Análisis (Copia simple)</b></p> <p>Vigente a la fecha de presentación de oferta, deberá ser emitido por el laboratorio de control de calidad del fabricante, suscrito por el profesional responsable de Control de Calidad, debiendo ser del lote al que corresponden los bienes ofertados. También puede ser emitido por un laboratorio de control de calidad acreditado por INDECOPI o por el Instituto Nacional de Salud (MINSA) y otros laboratorios acreditados por el INS.</p> <p>En el caso de laboratorios que encargan la fabricación a terceros, también podrán emitir protocolos de análisis de los productos que mandan elaborar, siempre que cumplan con las Buenas Prácticas de Manufactura.</p>	SI
<p><b>Acreditación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Copia simple legible de Resolución o constancia de Autorización Sanitaria de Funcionamiento.</li> <li>•Copia simple legible de Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario.</li> <li>•Copia simple legible de Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura(BPM) del laboratorio fabricante o documento equivalente (de ser el caso).</li> <li>•Copia simple legible de Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (CBPA)</li> <li>•Copia simple legible de protocolo de análisis y/o certificado de análisis</li> </ul>	SI
<p><b>B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b></p>	
<p><b>Requisitos:</b></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 420,000.00 (Cuatrocientos Veinte mil con 00/100 soles) por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/. 52,000.00 (Cincuenta y Dos mil con 00/100 Soles), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p><b>Acreditación:</b></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (I) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (II) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>	SI

  
**C.P.C. Patricia C. Aguilar Vereau**  
 Primer Miembro  
 Instituto Regional de Enfermedades  
 Neoplásicas "Luis Pinillos Ganoza" – IREN  
 NORTE

  
**DR. JUAN E. SILVA CAPUÑAY**  
 PRESIDENTE  
 Instituto Regional de Enfermedades  
 Neoplásicas "Luis Pinillos Ganoza" – IREN  
 NORTE

  
**Q.F. Lin Y. Castro Hurtado**  
 Segundo Miembro  
 Instituto Regional de Enfermedades  
 Neoplásicas "Luis Pinillos Ganoza" – IREN  
 NORTE



**C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD**  
**Requisitos.**

**Requisitos:**

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/. 420,000.00 (Cuatrocientos Veinte mil con 00/100 soles) por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.


En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 tener la condición de micro y pequeña empresa, se acredita una experiencia de S/. 52,000.00 (Cincuenta y Dos mil con 00/100 Soles), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

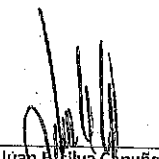
**Acreditación:**

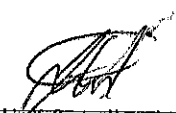
La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

**LABORATORIOS AC FARMA S.A.(ITEM N° 1)**

DOCUMENTACION (Contratos, Comprobantes de pago)	IMPORTE	C/CONSTANCIA
CONTRATO N°4600050680 -SEGURO SOCIAL DE SALUD -ESSALUD	S/. 1,752,112.53	SI

  
C.P.C. Patricia S. Aguilar Veréau  
Primer Miembro  
Instituto Regional de Enfermedades  
Neoplásicas  
"Luis Pinillos Ganoza" - IREN NORTE

  
Dr. Juan E. Silva Capuñay  
Presidente  
Instituto Regional de Enfermedades  
Neoplásicas "Luis Pinillos Ganoza" - IREN  
NORTE

  
Q.F. Lm Y. Castro Hurtado  
Segundo Miembro  
Instituto Regional de Enfermedades  
Neoplásicas "Luis Pinillos Ganoza" - IREN  
NORTE



NOMBRE DCI		DIETILESTILBESTROL			Si Cumple	No Cumple
CONCENTRACIÓN		1mg			✓	
FORMA FARMACEUTICA		TABLETA			✓	
VIA DE ADMINISTRACION		VIA ORAL			✓	
ENVASE INMEDIATO	Envase de calidad farmacéutica			✓		
	Sin aristas cortantes			✓		
	Herméticamente sellado			✓		
	De la facilidad para la dispensación del medicamento			✓		
ENVASE MEDIATO	Caja de cartón Individual o múltiple			✓		
	Debe llevar impreso el código de identificación estándar en salud, al cual se denominará código específico del producto			✓		
INSERTO	Para cada caja de acuerdo a lo aprobado en su registro sanitario			✓		
EMBALAJE	Caja de cartón resistente.			✓		
	Que proteja la integridad del producto			✓		
	Debidamente rotulada de acuerdo a lo autorizado en el registro sanitario			✓		
	De dimensiones estándares que faciliten el almacenaje			✓		
ROTULO DE LOS ENVASES	Resistente y seguridad al transporte y apilación			✓		
	De acuerdo a lo normado por el D.S. N° 016-2011-SA y su modificatoria			✓		
ROTULADO ESPECIAL	Impreso con tinta firme y/o etiquetas adhesivas impresas con tinta resistente a la manipulación			✓		
	De acuerdo a lo indicado en las bases			✓		
VIGENCIA MINIMA	18 meses a la entrega			✓		
GARANTIA	Certificación ISO (opcional)			✓		
REQUISITOS TECNICOS MINIMOS	Registro Sanitario o Certificación de Registro Sanitario, otorgado por la ANM (DIGEMID)			✓		
	Protocolo de análisis			✓		
	Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y certificación de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA)			✓		
	Constancia de Registro del Establecimiento Farmacéutico emitida por la ANM(DIGEMID) O ANM (DIREMID)			✓		
	Carta de compromiso de canje (por fecha de vencimiento y/o reposición por vicios ocultos)			✓		
FINALIDAD PUBLICA	Bien estratégico de salud, que contribuye en la atención de sus pacientes en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.			✓		
CUADRO DE ENTREGAS	1RA ENTREGA	2DA ENTREGA	3RA ENTREGA			
	12,000 TAB	12,000 TAB	11,000 TAB			

REGION LA LIBERTAD  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS  
CALLE 12 N° 1000  
TEL: 051 984 123 456  
WWW.IREN.LA.LIBERTAD.GOV.PE