

**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>  | ACTA NRO.004-2023                      |   |                      |                                       |
| <b>2</b> | <b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b>  |  |   |                      |                                       |
|          | En, Puquio, a los 26 días del mes de setiembre del año 2023, en el local de la Unidad de Abastecimiento, a las 16:30 pm horas, se reunieron los miembros del comité de selección designados mediante Formato Nro.04 , encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de la ADJUDICACION SIMPLIFICADA Nro.003-2023-UESSA-2 , cuyo objeto de convocatoria es la ADQUISICION DE MICROCUBETAS DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCUE HB 201 PARA LOS EE.SS. DE LA RED DE SALUD PUQUIO, a fin de efectuar la APERTURA DE PROPUESTAS, ADMISIÓN, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS presentadas y CALIFICACIÓN de la oferta correspondiente según orden de prelación. |  |   |                      |                                       |
| <b>3</b> | <b>SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)</b>   |  |   |                      |                                       |
|          | El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros:   |  |   |                      |                                       |
|          | Presidente   | MARCEL RIVERA LOAYZA                   | Titular                                   | X                    | Dependencia: UNIDAD DE ABASTECIMIENTO |
|          |  |  | Suplente                                  |                      |                                       |
|          | Primer Miembro   | MARY ELIZABETT MONTES ENCISO           | Titular                                   |                      | Dependencia: AREA SISMED              |
|          |  |  | Suplente                                  | X                    |                                       |
|          | Segundo Miembro  | ZURAIDA LEON GAMBOA                    | Titular                                   |                      | Dependencia: AREA SISMED              |
|          |  |  | Suplente                                  | X                    |                                       |
| <b>4</b> | <b>DETALLE DE LOS PARTICIPANTES</b>  |  |   |                      |                                       |
|          | De acuerdo con el cronograma establecido en las bases, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores:  |  |   |                      |                                       |
|          | N°   | Nombre o razón social del participante | RUC                                       |                      |                                       |
|          | 1  | BIOLAB E.I.R.L.                        | 20452274214                               |                      |                                       |
|          | 2  | PERLONGMEDIC E.I.R.L.                  | 20494270421                               |                      |                                       |
|          | 3  | CORPORACION MEDICAL BERTH'S S.A.C.     | 20523370201                               |                      |                                       |
|          | 4  | MEDICAL ISVIL S.A.C.                   | 20544150104                               |                      |                                       |
|          | 5  | CHAPOLAB SAC                           | 20545792177                               |                      |                                       |
|          | 6  | SIMED PERU S.A.C.                      | 20553853355                               |                      |                                       |
|          | 7  | ABASTECIMIENTO MEDICO TOTAL S.A.C.     | 20554146881                               |                      |                                       |
|          | 8  | CHAPOMEDIC S.A.C.                      | 20607779695                               |                      |                                       |
|          | 9  | DROGUERIA DRUG MEDICAL S.R.L.          | 20610760407                               |                      |                                       |
| <b>5</b> | <b>DETALLE DE LOS POSTORES</b>   |  |   |                      |                                       |
|          | En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron en la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad sus ofertas en sobre cerrado:  |  |   |                      |                                       |
|          | N°   | Nombre o razón social del postor       | Fecha de presentación                     | Hora de presentación |                                       |
|          | 1  | SIMED PERU S.A.C.                      | 22/09/2023                                | 17:56:28             |                                       |
|          | 2  | CORPORACION MEDICAL BERTH'S S.A.C.     | 22/09/2023                                | 16:23:57             |                                       |
| <b>6</b> | 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.   |  |   |                      |                                       |
| <b>7</b> | <b>DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS</b>  |  |   |                      |                                       |
|          | De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas no se admiten, por lo que no se les aplicará los factores de evaluación:  |  |   |                      |                                       |
|          | N°   | Nombre o razón social del postor       | Consignar las razones para su no admisión |                      |                                       |
|          | 1  | -----                                  |   |                      |                                       |
| <b>8</b> | <b>DETALLE DE LAS OFERTAS ADMITIDAS Y QUE PASAN A EVALUACIÓN</b>   |  |   |                      |                                       |
|          | De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas fueron admitidas por lo que se procederá con su evaluación:   |  |   |                      |                                       |



**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  | SIMED PERU S.A.C.                  | 1                         |
| 2  | CORPORACION MEDICAL BERTH'S S.A.C. | 1                         |

|            |  |                     |                         |
|------------|--|---------------------|-------------------------|
| <b>9</b>   | <b>EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS</b>   |                     |                         |
| <b>9.1</b> | <b>DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA</b>   |                     |                         |
| N°         | Nombre o razón social del postor   | Precio de su oferta | % del valor referencial |
| 1          | SIMED PERU S.A.C.  | S/ 64,800.00        | 93.00%                  |
| 2          | CORPORACION MEDICAL BERTH'S S.A.C.   | S/ 102,500.00       | 146.00%                 |
| <b>9.2</b> | <b>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 .... que forma parte de la presente Acta.                   |                     |                         |

|              |  |                                    |                   |
|--------------|--|------------------------------------|-------------------|
| <b>10</b>    | <b>PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES</b>        |                                    |                   |
|              | COMPLETAR EL DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE CADA POSTOR |                                    |                   |
| <b>10.1</b>  | <b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>         | SIMED PERU S.A.C.                  |                   |
|              | <b>FACTORES</b>                                      |                                    | <b>PUNTAJES</b>   |
|              | PRECIO   |                                    | 90 puntos         |
|              | PLAZO DE ENTREGA                                     |                                    | 05 puntos         |
|              | GARANTÍA COMERCIAL DEL POSTOR                        |                                    | 05 puntos         |
|              | <b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>                   |                                    | <b>100 puntos</b> |
| <b>10.2</b>  | <b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>         | CORPORACION MEDICAL BERTH'S S.A.C. |                   |
| <b>.....</b> | <b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR ....</b>         |                                    |                   |

|    |  |                                    |               |
|----|--|------------------------------------|---------------|
| 11 | RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN  |                                    |               |
|    | De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente:   |                                    |               |
|    | Nº DE ORDEN DE PRELACIÓN   | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR   | PUNTAJE TOTAL |
|    | 1  | SIMED PERU S.A.C.                  | 100           |
|    | 2  | CORPORACION MEDICAL BERTH'S S.A.C. | 93.31         |
|    | Nota.- En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación. |                                    |               |

|             |   |                                    |                  |
|-------------|---|------------------------------------|------------------|
| <b>12</b>   | <b>CALIFICACIÓN</b>   |                                    |                  |
|             | 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: |                                    |                  |
| <b>12.1</b> | <b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>  | SIMED PERU S.A.C.                  |                  |
|             | <b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>   | <b>CUMPLE</b>                      | <b>NO CUMPLE</b> |
|             | <b>A</b> <b>CAPACIDAD LEGAL</b>   |                                    |                  |
|             | A.1 REPRESENTACIÓN  | X                                  |                  |
|             | A.2 HABILITACIÓN  |                                    |                  |
|             | <b>B</b> <b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>  |                                    |                  |
|             | B.1 FACTURACIÓN   | X                                  |                  |
|             | <b>C</b> <b>CAPACIDAD TÉCNICA Y HABILITACIÓN</b>  |                                    |                  |
|             | C.1 CERTIFICADO DE ANÁLISIS BPA, REGISTRO SANITARIO Y OTROS DOCUMENTOS  | X                                  |                  |
|             | <b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>   | <b>CUMPLE</b>                      |                  |
| <b>12.2</b> | <b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>  | CORPORACION MEDICAL BERTH'S S.A.C. |                  |
|             | <b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>   | <b>CUMPLE</b>                      | <b>NO CUMPLE</b> |
|             | <b>A</b> <b>CAPACIDAD LEGAL</b>   |                                    |                  |



**FORMATO Nº 11**

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

|                                     |  |               |  |
|-------------------------------------|--|---------------|--|
| A.1                                 | REPRESENTACIÓN   | X             |  |
| A.2                                 | HABILITACIÓN   | X             |  |
| B                                   | EXPERIENCIA DEL POSTOR   |               |  |
| B.1                                 | FACTURACIÓN  | X             |  |
| C                                   | CAPACIDAD TÉCNICA Y HABILITACION                                   |               |  |
| C.1                                 | CERTIFICADO DE ANALISIS BPA, REGISTRO SANITARIO Y OTROS DOCUMENTOS | X             |  |
| <b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b> |  | <b>CUMPLE</b> |  |

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 ....**

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

La calificación de las ofertas se detalla en el cuadro de Calificación, según Anexo ... 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 |
|----|--|
| 1  | SIMED PERU S.A.C.                        |

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 COMITE DE SELECCION, 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**



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