

FORMATO N° 22
ACTA DE OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO:

1	NÚMERO DE ACTA	002/AS-029-2023-GRJ-IREN-CS PRIMERA CONVOCATORIA
---	----------------	--

2	SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL
<p>En la ciudad de concepcion, a los 11 días del mes de setiembre del 2023, en la oficina de abastecimiento, a las 10:00 horas, se reunieron los miembros del comité de selección designados mediante RESOLUCION DE ADMINISTRATIVA N° 041-2023-GRJ/IRENC/OEA, del 16 de agosto de 2023, encargados de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de la ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 029-2023-GRJ-IREN-CS PRIMERA CONVOCATORIA, para el ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVO MEDICO: MINI PUNZON Y CONECTOR RECTO 1/4 in PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL IREN CENTRO, a fin de OTORGAR LA BUENA PRO.</p>	

3








SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)					
El quorum necesario que exige la normativa de contratación del Estado se logró con la presencia de los siguientes miembros:					
Presidente	COTERA INGA CARLOS ALBERTO	Titular	X	Dependencia:	OFICINA DE ABASTECIMIENTO
		Suplente			
Primer Miembro	MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE FARMACIA
		Suplente			
Segundo Miembro	MARIA CARHUALLANQUI LOPEZ	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE FARMACIA
		Suplente			

4

Nombre o razón social del postor ganador		Monto adjudicado
ICU MEDICAL PERU S.R.L.		S/45,362.40

5	BASE LEGAL
<p><u>Numeral 76.3 del Artículo 76 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado</u>: "Definida la oferta ganadora, el comité de selección otorga la Buena Pro, mediante su publicación en el SEACE".</p>	

6	ACUERDO ADOPTADO
<p>El organo encargado de las contrataciones otorgan la buena pro al postor mencionado en el numeral 4.</p>	

15	<div style="text-align: center;"> COTERA INGA CARLOS ALBERTO NOMBRE Y FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN</div> <table><tr><td><div style="text-align: center;"> MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER MIEMBRO</div></td><td><div style="text-align: center;"> MARIA CARHUALLANQUI LOPEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO MIEMBRO</div></td></tr></table>	<div style="text-align: center;"> MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER MIEMBRO</div>	<div style="text-align: center;"> MARIA CARHUALLANQUI LOPEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO MIEMBRO</div>
<div style="text-align: center;"> MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER MIEMBRO</div>	<div style="text-align: center;"> MARIA CARHUALLANQUI LOPEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO MIEMBRO</div>		

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)

1 NÚMERO DE ACTA	003/AS-029-2023-GRJ-IREN-CS PRIMERA CONVOCATORIA
-------------------------	---

2	SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL	<p>En la ciudad de Concepción, a los 11 días del mes de setiembre del 2023, en la oficina de abastecimiento, a las 10:00 horas, se reunieron los miembros del comité de selección designados mediante RESOLUCION DE ADMINISTRATIVA N° 041-2023-GRJ/IRENC/OEA, del 16 de agosto de 2023, encargados de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de la ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 029-2023-GRJ-IREN-CS PRIMERA CONVOCATORIA, para el ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVO MEDICO: MINI PUNZON Y CONECTOR RECTO 1/4 in PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL IREN CENTRO de efectuar la APERTURA DE SOBRES, ADMISIÓN, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS presentadas y CALIFICACIÓN de la oferta correspondiente según orden de prelación.</p>
----------	-------------------------------------	--

3	SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)	<p>El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%;">Presidente</td><td style="width: 20%;">COTERA INGA CARLOS ALBERTO</td><td style="width: 10%;">Titular</td><td style="width: 10%;">X</td><td style="width: 20%;">Dependencia:</td><td style="width: 30%;">OFICINA DE ABASTECIMIENTO</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Suplente</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Primer Miembro</td><td>MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE</td><td>Titular</td><td>X</td><td>Dependencia:</td><td>DEPARTAMENTO DE FARMACIA</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Suplente</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Segundo Miembro</td><td>MARIA CARHUALLANQUI LOPEZ</td><td>Titular</td><td>X</td><td>Dependencia:</td><td>DEPARTAMENTO DE FARMACIA</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Suplente</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Presidente	COTERA INGA CARLOS ALBERTO	Titular	X	Dependencia:	OFICINA DE ABASTECIMIENTO			Suplente				Primer Miembro	MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE FARMACIA			Suplente				Segundo Miembro	MARIA CARHUALLANQUI LOPEZ	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE FARMACIA			Suplente			
Presidente	COTERA INGA CARLOS ALBERTO	Titular	X	Dependencia:	OFICINA DE ABASTECIMIENTO																																	
		Suplente																																				
Primer Miembro	MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE FARMACIA																																	
		Suplente																																				
Segundo Miembro	MARIA CARHUALLANQUI LOPEZ	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE FARMACIA																																	
		Suplente																																				

4	DETALLE DE LOS PARTICIPANTES	<p>De acuerdo con el cronograma establecido en las bases, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 5%;">N°</th><th style="width: 55%;">Nombre o razón social del participante</th><th style="width: 40%;">RUC</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>HEMOCARE S.A.C.</td><td>20505463146</td></tr><tr><td>2</td><td>ICU MEDICAL PERU S.R.L.</td><td>20537758377</td></tr><tr><td>3</td><td>CHAPOMEDIC S.A.C.</td><td>20607779695</td></tr><tr><td>...</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	N°	Nombre o razón social del participante	RUC	1	HEMOCARE S.A.C.	20505463146	2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	20537758377	3	CHAPOMEDIC S.A.C.	20607779695	...		
N°	Nombre o razón social del participante	RUC															
1	HEMOCARE S.A.C.	20505463146															
2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	20537758377															
3	CHAPOMEDIC S.A.C.	20607779695															
...																	

5	DETALLE DE LOS POSTORES	<p>En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron a través de la Plataforma del Sistema Electronico de Contrataciones del Estado sus ofertas:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 5%;">N°</th><th style="width: 60%;">Nombre o razón social del postor</th><th style="width: 15%;">Fecha de presentación</th><th style="width: 20%;">Hora de presentación</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>ICU MEDICAL PERU S.R.L.</td><td>8/09/2023</td><td>14:33:05</td></tr></tbody></table>	N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación	1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	8/09/2023	14:33:05
N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación							
1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	8/09/2023	14:33:05							

6	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.
----------	--

7	DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS	<p>De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas no se admiten, por lo que no se les aplicará los factores de evaluación:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 5%;">N°</th><th style="width: 55%;">Nombre o razón social del postor</th><th style="width: 40%;">Consignar las razones para su no admisión</th></tr></thead><tbody><tr><td>...</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones para su no admisión	...		
N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones para su no admisión						
...								

8	DETALLE DE LAS OFERTAS ADMITIDAS Y QUE PASAN A EVALUACIÓN	<p>De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas fueron admitidas por lo que se procederá con su evaluación:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 5%;">N°</th><th style="width: 55%;">Nombre o razón social del postor</th><th style="width: 40%;">Ítem(s) a los que postula</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>ICU MEDICAL PERU S.R.L.</td><td>ITEM I</td></tr></tbody></table>	N°	Nombre o razón social del postor	Ítem(s) a los que postula	1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	ITEM I
N°	Nombre o razón social del postor	Ítem(s) a los que postula						
1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	ITEM I						

9	EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS								
	9.1 DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA								
	ITEM I								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 5%;">N°</th><th style="width: 55%;">Nombre o razón social del postor</th><th style="width: 20%;">Precio de su oferta</th><th style="width: 20%;">% del valor referencial</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>ICU MEDICAL PERU S.R.L.</td><td>S/45,362.40</td><td>100.00</td></tr></tbody></table>	N°	Nombre o razón social del postor	Precio de su oferta	% del valor referencial	1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	S/45,362.40	100.00
N°	Nombre o razón social del postor	Precio de su oferta	% del valor referencial						
1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	S/45,362.40	100.00						
	9.2 DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS EN CONCORDANCIA CON LOS FACTORES DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS EN LAS BASES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN								
	La evaluación de las ofertas se detalla en el cuadro de Evaluación de Ofertas, según Anexo N°02 que forma parte de la presente Acta.								




10 PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES			
COMPLETAR EL DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE CADA POSTOR			
ITEM I			
10.1	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1		ICU MEDICAL PERU S.R.L.
	FACTORES		PUNTAJES
	PRECIO		100.00 puntos
	SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES		100 puntos

11 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN		
De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente:		
ITEM I		
N° DE ORDEN DE PRELACIÓN	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR	PUNTAJE TOTAL
1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	100 puntos
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:				
ITEM I				
	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1		ICU MEDICAL PERU S.R.L.	
	REQUISITOS DE CALIFICACIÓN		CUMPLE	NO CUMPLE
	C.	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	X	
	RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN		CALIFICA	
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 N°03, 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:	
ITEM I	
N°	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR
1	
DE SER EL CASO INCLUIR:	
Asimismo, los siguientes postores fueron descalificados por no cumplir los requisitos de calificación especificados en las bases:	

14 ACUERDO ADOPTADO
Siendo las 10:50 horas del día 11 de setiembre de 2023, 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	
 COTERA INGA CARLOS ALBERTO NOMBRE Y FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN	
 MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER MIEMBRO	 MARIA CARHUALLANQUI LOPEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO MIEMBRO

ANEXO N° 03
CALIFICACION DE OFERTAS

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 029-2023-GRJ-IREN-CS PRIMERA CONVOCATORIA

ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVO MEDICO:MINI PUNZON Y CONECTOR RECTO 1/4in PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL IREN CENTRO

EMPRESA POSTORA
ICU MEDICAL PERU S.R.L.

REQUISITOS DE CALIFICACION

B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 122,400.000 (Ciento Veintidos Mil Cuatrocientos con 00/100 soles), por la contratación de servicios 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/ 10,125.00 (Díes Mil Ciento Veinticinco con 00/100 soles), por la venta de servicios 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..

Se consideran servicios similares a los siguientes: Venta de dispositivos medicos de uso hospitalario realizado a hospitales, clinicas y centros de salud especializado

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.

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.

CUMPLE

ESTADO:

CALIFICA

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL CENTRO – IREN CENTRO

CARLOS ALBERTO COTERA INGA
PRESIDENTE TITULAR

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL CENTRO – IREN CENTRO

MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE
1ER MIEMBRO TITULAR

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL CENTRO – IREN CENTRO

MARIA CARHUALLANQUI LOPEZ
2DO MIEMBRO TITULAR

ANEXO N° 02
EVALUACIÓN DE OFERTAS

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 029-2023-GRJ-IREN-CS PRIMERA CONVOCATORIA	
ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVO MEDICO:MINI PUNZON Y CONECTOR RECTO 1/4in PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL IREN CENTRO	

N°	EMPRESAS POSTORAS	PORCENTAJE RESPECTO AL VALOR ESTIMADO	FACTORES DE EVALUACION				ORDEN DE PRELACION
			PRECIO		BONIFICACIÓN MYPE (5%)	PUNTAJE TOTAL	
			PRECIO	PUNTAJE (maximo 100 puntos)			
1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	100.00	S/ 45,362.40	100.00	0.00	100.00	1°

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL CENTRO – IREN CENTRO


CARLOS ALBERTO COTERA INGA
PRESIDENTE TITULAR

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL CENTRO – IREN CENTRO


MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE
1ER MIEMBRO TITULAR

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL CENTRO – IREN CENTRO


MARIA CARHUALLANGUI LOPEZ
2DO MIEMBRO TITULAR

ANEXO N° 1
ADMISIÓN DE OFERTAS

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 029-2023-GRJ-IREN-CS PRIMERA CONVOCATORIA		
ADQUISICIÓN DE DISPOSITIVO MEDICO:MINI PUNZON Y CONECTOR RECTO 1/4in PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL IREN CENTRO		
ENTREGA DE DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA		
DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA - OFERTA TECNICA		
1. DOCUMENTOS PARA LA ADMISIÓN DE LA OFERTA:	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	
a) Declaración jurada de datos del postor (Anexo 1)	PRESENTA	
b) 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.	PRESENTA	
c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2)	PRESENTA	
d) Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenidas en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (Anexo N° 3)	PRESENTA	
e) Copia simple de la resolución directoral de autorización sanitaria de funcionamiento, a nombre del postor y de sus cambios otorgadas al establecimiento farmacéutico proveedor, emitidas por la dirección general de medicamentos, insumos y drogas – DIGEMID, como Autoridad Nacional de Productos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANPM) o por la Autoridad Regional de Medicamentos – (ARM) del Ministerio de Salud – MINSA, según corresponda, para bienes que están sujetos a otorgamiento de registro por la ANPM y sea una empresa nacional nacional reconocida como establecimiento farmacéutico.	PRESENTA	
f) Copia simple del certificado de buenas practicas de manufactura (BPM), y/o Certificado de Buenas Practicas de Almacenamiento (CBPA), vigente a nombre de establecimiento Farmacéutico del Proveedor emitida por la ANPM o ARM, según corresponda. Para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercer, además de presentar Certificado de Buenas Practicas de Manufactura (BPM) y/o certificado de buenas practicas de almacenamiento (BPA) vigente de la empresa que preste el servicio de almacenamiento, acompañado para este caso la documentación que acredite el vínculo contractual entre ambas partes (contrato de arrendamiento que garantice que esta haciendo uso de los almacenes). Tratándose de un laboratorio nacional el certificado de BPA se encuentra incluido en la Certificación de Buenas practicas de Manufacturas (BPM), en aplicación de la normativa vigente en el territorio peruano. La exigencia de la Certificación de BPA vigente, se aplica durante todo el procedimiento de selección y ejecución contractual para los dispositivos médicos nacional e importados.	PRESENTA	

g) Copia simple del registro sanitario o certificado de registro sanitario vigente, emitido por la dirección general de medicamentos, insumos y drogas – DIGEMID, como autoridad nacional de medicamentos (ANM) del ministerio de salud-MINSA, del producto ofertado. Además, las resoluciones de modificación o autorización, en tanto estas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la ANM y el dispositivo médico ofertado. No se aceptaran dispositivos médicos cuyo registro sanitario esta suspendido o cancelado.	PRESENTA
h) Copia simple del certificado de buenas practicas de manufacturas (CBPM) emitido por la ANM, para fabricante nacional y para fabricante extranjero del documento que acredite el cumplimiento de las normas de calidad especificas al tipo de dispositivo medico, por ejemplo Certificado CE de la Comunidad Europea ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o entidad competente del país de origen y autorizado por la ANM, según corresponda de acuerdo a la normativa vigente. Para el caso de los certificados emitidos en el extranjero que no coinciden fecha de vigencia, estos deben tener una antigüedad no mayor de dos (02) años contados a partir de la fecha de emisión.	PRESENTA
i) Copia simple del certificado de buenas practicas de distribución y transporte – B PDT vigente, aplicable a partir de la entrada en vigencia según lo establecido en la normativa correspondiente, cuando corresponda (según corresponda) mínimo que en la distribución se aplique según norma vigente.	NO CORRESPONDE
j) Copia simple del certificado de análisis del producto ofertado u otro documento correspondiente, que acredite las características específicas del bien, según lo autorizado en su registro sanitario.	PRESENTA
k) Declaración jurada de plazo de entrega.. (Anexo Nº 4)	PRESENTA
l) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, 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. (Anexo Nº 5)	NO CORRESPONDE
m) El precio de la oferta en soles. Adjuntar obligatoriamente el (Anexo Nº 6) 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.	PRESENTA
ESTADO	ADMITIDO

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL CENTRO – IREN CENTRO

CARLOS ALBERTO COTERA INGA

PRESIDENTE TITULAR

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL CENTRO – IREN CENTRO

MARIA DEL PILAR GUTARRA QUISPE

1ER MIEMBRO TITULAR

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL CENTRO – IREN CENTRO

MARIA CARHUALLANQUI LOPEZ

2DO MIEMBRO TITULAR