

**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 06 días del mes de junio 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 , cuyo objeto de convocatoria es LA ADQUISICION DE MICROCUBETAS DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO HEMOCONTROL – 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                        |
|          |  |  | Suplente              |                          |
|          | Primer Miembro   | HELMER DE LA CRUZ LLALLAHUI  | Titular               | X                        |
|          |  |  | Suplente              |                          |
|          | Segundo Miembro  | JOEL BERMUDO HUARACA   | Titular               |                          |
|          |  |  | Suplente              | X                        |
|          |  |  | Dependencia:          | UNIDAD DE ABASTECIMIENTO |
|          |  |  | Dependencia:          | AREA SISMED              |
|          |  |  | Dependencia:          | AREA SISMED              |
| <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  | DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.   | 20501687266           |                          |
|          | 2  | CORPORACION MEDICAL BERTH'S S.A.C.   | 20523370201           |                          |
|          | 3  | MEDICAL ISVIL S.A.C.   | 20544150104           |                          |
|          | 4  | SIMED PERU S.A.C.  | 20553853355           |                          |
|          | 5  | ABASTECIMIENTO MEDICO TOTAL S.A.C.   | 20554146881           |                          |
|          | 6  | PERUVIAN MEDICAL GROUP S.A.C.  | 20600481593           |                          |
|          | 7  | MEZCORP E.I.R.L.   | 20602065724           |                          |
|          | 8  | CORPORACION COSMETICA LATINA S.A.C.  | 20603635702           |                          |
|          | 9  | CORPORACION JOLUCAVA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA<br>CORPORACION JOLUCAVA S.A.C. | 20605020497           |                          |
|          | 10   | INTERNATIONAL BIOMEDICA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA                             | 20608415247           |                          |
| <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  | DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.   | 01/06/2023            | 18:14:59                 |
|          | 2  | SIMED PERU S.A.C.  | 01/06/2023            | 18:47:45                 |
|          | 3  | MEDICAL ISVIL S.A.C.   | 01/06/2023            | 19:18:54                 |
|          | 4  | CORPORACION COSMETICA LATINA S.A.C.  | 01/06/2023            | 21:48:23                 |
| <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:  |  |                       |                          |



**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    | Consignar las razones para su no admisión   |
|----|-------------------------------------|---|
| 1  | DIAGNOSTICA PERUANA S.A.C.          | El Proceso de selección se convoco por paquete y su presentación de oferta lo realizo por un solo ítem por lo que NO se ADMITE su propuesta presentada. |
| 2  | SIMED PERU S.A.C.                   | El Proceso de selección se convoco por paquete y su presentación de oferta lo realizo por un solo ítem por lo que NO se ADMITE su propuesta presentada. |
| 3  | MEDICAL ISVIL S.A.C.                | NO se admite por falta de disponibilidad presupuestal   |
| 4  | CORPORACION COSMETICA LATINA S.A.C. | NO se admite por falta de disponibilidad presupuestal   |

**8 DETALLE DE LAS OFERTAS ADMITIDAS Y QUE PASAN A EVALUACIÓN**

De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas fueron admitidas por lo que se procederá con su evaluación:

| N° | Nombre o razón social del postor | Ítem(s) a los que postula |
|----|----------------------------------|---------------------------|
| 1  |                                  |                           |
| 2  |                                  |                           |

**9 EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS**

**9.1 DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA**

| N° | Nombre o razón social del postor    | Precio de su oferta | % del valor referencial |
|----|-------------------------------------|---------------------|-------------------------|
| 1  | MEDICAL ISVIL S.A.C.                | S/ 106,471.00       | 127.62%                 |
| 2  | CORPORACION COSMETICA LATINA S.A.C. | S/ 95,367.00        | 114.31%                 |

**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 .... 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 | _____ |
| 10.2  | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2 | _____ |
| ..... | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR .... | _____ |

**11 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente:

| N° DE ORDEN DE PRELACIÓN | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR | PUNTAJE TOTAL |
|--------------------------|----------------------------------|---------------|
| 1                        | _____                            |               |
| 2                        | _____                            |               |

**Nota.-** En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación.

**12 CALIFICACIÓN**

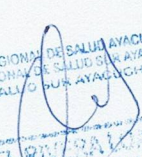


Luego de culminada la evaluación, el Comité de selección determinó si el postor que obtuvo el primer y segundo lugar según el orden de prelación cumple con los requisitos de calificación detallados en las bases:

|      |                                       |                  |
|------|---------------------------------------|------------------|
| 12.1 | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1 | _____            |
|      | REQUISITOS DE CALIFICACIÓN            | CUMPLE NO CUMPLE |
|      | RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN          |                  |
| 12.2 | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2 | _____            |



**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)**

|           |   |  |   |           |
|-----------|---|--|---|-----------|
|           | REQUISITOS DE CALIFICACIÓN  |  | CUMPLE                                      | NO CUMPLE |
|           | RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN  |  |   |           |
|           | <p>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.</p>   |  |   |           |
| .....     | 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.  |  |   |           |
| <b>13</b> | <b>RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN</b>  |  |   |           |
|           | 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:  |  |   |           |
|           | 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:   |  |   |           |
|           | N°  | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR         | CONSIGNAR LAS RAZONES DE SU DESCALIFICACIÓN |           |
|           | 1   |  |   |           |
|           | 2   |  |   |           |
|           | ...   |  |   |           |
| <b>14</b> | <b>ACUERDO ADOPTADO</b>   |  |   |           |
|           | 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.  |  |   |           |
| <b>15</b> | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> <br/>             DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO<br/>             DIRECCION REGIONAL DE SALUD SUR AYACUCHO<br/>             U.E 402 SALUD SUR AYACUCHO<br/> <b>MARCEL RIVERA LANZA</b><br/>             JEFE DE ABASTECIMIENTO (M)           </div> <div style="text-align: center;"> <br/>             DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO<br/>             DIRECCION REGIONAL DE SALUD SUR AYACUCHO<br/>             U.E 402 SALUD SUR AYACUCHO<br/> <b>Q.F. HELMER DE LA CRUZ LLALLAHUI</b><br/>             C.Q.F.P. 24689<br/>             COORDINADOR DEL SISMEF           </div> <div style="text-align: center;"> <br/>             DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO<br/>             DIRECCION REGIONAL DE SALUD SUR AYACUCHO<br/>             U.E 402 SALUD SUR AYACUCHO<br/> <b>Q.F. JOEL BERMUDO HUARACA</b><br/>             C.Q.F.P. 27178<br/>             RESPONSABLE DE PROGRAMACION DE PFEOM Y PS DEL SISMEF           </div> </div> |  |   |           |
|           | NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES  |  |   |           |