

**FORMATO N° 11**

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

<b>1 NÚMERO DE ACTA</b>	CUATRO		
-------------------------	--------	--	--

<b>2 SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b>	<p>En la ciudad de Tacna, a los veintitres días del mes de octubre del año 2,023, en el local de la Unidad de Adquisiciones, a las doce y treinta horas, se reunieron los integrantes del comité de selección designados mediante RESOLUCIÓN DE ADMINISTRACION N° 330-OA-GRATA-ESSALUD-2023, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de Adjudicación Simplificada N° 2321A00121, cuyo objeto de convocatoria es COMPRA LOCAL DE LINEAS PARA BOMBA DE INFUSION PARA EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION DE LA RED ASISTENCIAL TACNA, a fin de efectuar la APERTURA, ADMISIÓN, EVALUACIÓN y CALIFICACIÓN de las ofertas correspondientes según orden de prelación.</p>		
---------------------------------------	--	--	--

<b>3 SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)</b>	<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 rowspan="2" style="width:20%;">Presidente</td> <td rowspan="2" style="width:25%;">Glenda Romero Cerrato</td> <td style="width:15%;">Titular</td> <td style="width:10%; text-align: center;">X</td> <td rowspan="2" style="width:15%;">Dependencia:</td> <td rowspan="2" style="width:25%;">Servicio de Enfermería</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Primer Miembro</td> <td rowspan="2">Brigith Carazas Flores</td> <td>Titular</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td rowspan="2">Dependencia:</td> <td rowspan="2">Servicio de Enfermería</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Segundo Miembro</td> <td rowspan="2">Miguel Chavarré Aquino</td> <td>Titular</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td rowspan="2">Dependencia:</td> <td rowspan="2">Unidad de Adquisiciones</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> </table>			Presidente	Glenda Romero Cerrato	Titular	X	Dependencia:	Servicio de Enfermería	Suplente		Primer Miembro	Brigith Carazas Flores	Titular	/	Dependencia:	Servicio de Enfermería	Suplente	X	Segundo Miembro	Miguel Chavarré Aquino	Titular	X	Dependencia:	Unidad de Adquisiciones	Suplente	
Presidente	Glenda Romero Cerrato	Titular	X			Dependencia:	Servicio de Enfermería																				
		Suplente																									
Primer Miembro	Brigith Carazas Flores	Titular	/	Dependencia:	Servicio de Enfermería																						
		Suplente	X																								
Segundo Miembro	Miguel Chavarré Aquino	Titular	X	Dependencia:	Unidad de Adquisiciones																						
		Suplente																									

<b>4 DETALLE DE LOS PARTICIPANTES</b>	<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;"> <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> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>ICU MEDICAL PERU S.R.L.</td> <td style="text-align: center;">20537758377</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			N°	Nombre o razón social del participante	RUC	1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	20537758377	2			3		
N°	Nombre o razón social del participante	RUC													
1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	20537758377													
2															
3															

<b>5 DETALLE DE LOS POSTORES</b>	<p>En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores registraron su oferta en la plataforma seace:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:5%;">N°</th> <th style="width:60%;">Nombre o razón social del postor</th> <th style="width:20%;">Fecha de presentación</th> <th style="width:15%;">Hora de presentación</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>ICU MEDICAL PERU S.R.L.</td> <td style="text-align: center;">29/09/2023</td> <td style="text-align: center;">16:20:35</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación	1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	29/09/2023	16:20:35	2				3				4				5			
N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación																								
1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	29/09/2023	16:20:35																								
2																											
3																											
4																											
5																											

<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>		
----------	---	--	--

<b>7 DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS</b>	<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;"> <tr> <th style="width:5%;">N°</th> <th style="width:30%;">Nombre o razón social del postor</th> <th style="width:65%;">Consignar las razones para su no admisión</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones para su no admisión	1		
N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones para su no admisión							
1									

**FORMATO N° 11**

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

2		
3		

<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:	
	<b>N°</b>	<b>Nombre o razón social del postor</b>
	1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.
	2	
	...	

<b>9</b>	<b>EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS</b>		
	<b>9.1</b>	<b>DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA</b>	
		<b>N°</b>	<b>Nombre o razón social del postor</b>
		1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.
		2	
		...	
	<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>	ICU MEDICAL PERU S.R.L.
		<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
		PRECIO	100 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>	
		<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
		PRECIO	
		PLAZO DE ENTREGA	
		MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:	
		<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	
	<b>.....</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR ....</b>	

<b>11</b>	<b>RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN</b>	
	De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente:	
	<b>N° DE ORDEN DE PRELACIÓN</b>	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR</b>
	1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.
	2	



**FORMATO N° 11**

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

**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:

<b>12.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>	ICU MEDICAL PERU S.R.L.		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	A.1	REPRESENTACIÓN		
	A.2	HABILITACIÓN	X	
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>		
	B.1	FACTURACIÓN	X	
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICA</b>	

<b>12.2</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>			
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	A.1	REPRESENTACIÓN		
	A.2	HABILITACIÓN		
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>		
	<b>C</b>	<b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>		
	C.1	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE (SOLO PARA MODALIDAD DE EJECUCIÓN LLAVE EN MANO)		
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICA</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.

.....	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR ....</b>	
-------	--	--

**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:

<b>N°</b>	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR</b>
1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.
1	

DE SER EL CASO INCLUIR:

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

<b>N°</b>	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR</b>	<b>CONSIGNAR LAS RAZONES DE SU DESCALIFICACIÓN</b>
1		
2		
...		

**FORMATO N° 11**

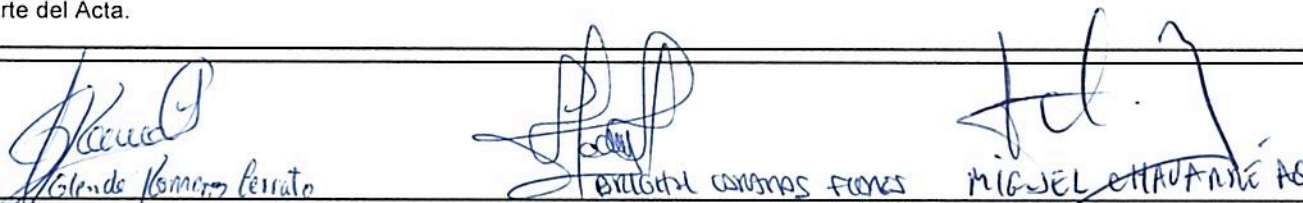
**ACTA DE APERTURA, ADMISION, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE OFERTAS:  
BIENES**

**(PARA PROCEDIMIENTOS CUYA PRESENTACIÓN DE OFERTAS SE REALIZA EN ACTO PRIVADO)**

**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**

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

EN EL CASO DE OFERTAS SUSTANCIALMENTE MENORES O QUE SUPEREN EL VALOR REFERENCIAL, INCLUIR EN LA PRESENTE ACTA LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN LOS NUMERALES DEL [14] AL [21], SEGÚN CORRESPONDA:

**[ 14 ] DATOS DE LA AMPLIACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE CRÉDITO PRESUPUESTARIO (CCP)**

Mediante ..... [ 17 ] de fecha ..... [ 18 ], se solicitó a la Oficina de Presupuesto la ampliación de certificación de crédito presupuestario hasta por el monto de ..... [ 19 ].

Ampliación de CCP	Si		No	
Fecha de la ampliación de CCP				
Monto de la ampliación de CCP				

**[ 18 ] DATOS DE LA APROBACIÓN DEL TITULAR DE LA ENTIDAD**

Aprobación del Titular de la Entidad	Si		No	
Tipo y número del documento de aprobación	Tipo		N°	
Fecha del documento de aprobación				

EN CASO DE HABERSE SOLICITADO A LOS POSTORES CUYAS OFERTAS SUPERAN EL VALOR REFERENCIAL, LA REDUCCIÓN DE SU OFERTA, SE DEBE CONSIGNAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

**[ 19 ] REDUCCIÓN DEL PRECIO DE LA OFERTA**

N°	Nombre o razón social del postor	Aceptó reducción de su oferta	
1	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	Si	X
		No	

**[ 20 ] DETALLE DE LAS OFERTAS QUE FUERON RECHAZADAS CUYO PRECIO OFERTADO ES SUPERIOR AL VALOR ESTIMADO**

De acuerdo con lo previsto en el cuarto párrafo del artículo 54 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, las siguientes ofertas fueron rechazadas por no contar con certificación de crédito presupuestario y/o aprobación del Titular de la Entidad:

N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones del rechazo de la oferta
1		
2		
...		

**[ 21 ] DETALLE DE LAS OFERTAS QUE FUERON RECHAZADAS CUYO PRECIO OFERTADO ES SUSTANCIALMENTE INFERIOR AL VALOR REFERENCIAL**

De acuerdo con lo previsto en el artículo 47 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, las siguientes ofertas fueron rechazadas por existir duda razonable sobre el cumplimiento del contrato:

N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de la solicitud del detalle de su oferta	Fecha de la presentación del detalle de su oferta	Consignar las razones del rechazo de la oferta



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

1				
2				
...				

DE SER EL CASO, INCLUIR EN LA PRESENTE ACTA EN LA ETAPA CORRESPONDIENTE (ADMISIÓN, EVALUACIÓN O CALIFICACIÓN) EL SIGUIENTE TEXTO, CUANDO SE SOLICITE LA SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS CONFORME AL ARTÍCULO 39 DEL REGLAMENTO.

**[ 22 ] SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS**

El Comité de Selección [ 23 ] durante la evaluación [ 24 ], solicitó al postor ICU MEDICAL PERU S.R.L. [ 25 ] subsanar su oferta dentro del plazo de ODS (02) 26 ] días hábiles, conforme a la siguiente información:

- Documento mediante el cual se solicitó la subsanación: ACTA N° 2 d/f: 18/OCT/2023 [ 27 ]
- Documento mediante el cual el postor comunicó la subsanación: Carta N° LIC-112ICU-2023 28 ]
- Fecha de presentación ante la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad del documento mediante el 19/OCT/2023 .....[ 29 ]
- Detallar el documento o error que se subsanó: OFERTA ECONÓMICA .....[ 30 ]

