

ACTA DE APERTURA, ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE OFERTAS

| 1 | PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN | ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 037-2023/ESSALUD-RASJUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA (2327A00371) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|--|----------------------|--------------|---|------------|---|---|----------------------|--|--|------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------|-------------|--------------|---|----------|---|-----------------|----------------------------------|---------|---|--------------|--|----------|--|
| 2 | SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL En, el distrito de El Tambo, a los 14 días del mes de febrero del año 2024, en el local del Servicio de Hemoterapia y Banco de Sangre del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de la Red Asistencial Junín, a las 09:30 horas, se reunieron los miembros del comité de selección designados mediante Formato N° 04, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 037-2023/ESSALUD-RASJUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA (2327A00371), cuyo objeto de convocatoria es ADQUISICIÓN ANUAL KIT COMPLETO DE AFÉRESIS PARA EL SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE CON EQUIPO EN SESIÓN DE USO, POR EL PERIODO DE DOCE (12) MESES, a fin de efectuar la APERTURA, ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS presentadas correspondientes según orden de prelación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Presidente</td> <td rowspan="2">DR. JULIO TRONCOSO MENA</td> <td>Titular</td> <td></td> <td rowspan="2">Dependencia:</td> <td rowspan="2">SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td align="center">X</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Primer Miembro</td> <td rowspan="2">LIC. ANGEL RODRIGUEZ QUISPE</td> <td>Titular</td> <td></td> <td rowspan="2">Dependencia:</td> <td rowspan="2">SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td align="center">X</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Segundo Miembro</td> <td rowspan="2">LIC. ADM. WILSER QUISPE CHAMORRO</td> <td>Titular</td> <td align="center">X</td> <td rowspan="2">Dependencia:</td> <td rowspan="2">UNIDAD DE PROGRAMACIÓN Y ADQUISICIONES</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | Presidente | DR. JULIO TRONCOSO MENA | Titular | | Dependencia: | SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE | Suplente | X | Primer Miembro | LIC. ANGEL RODRIGUEZ QUISPE | Titular | | Dependencia: | SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE | Suplente | X | Segundo Miembro | LIC. ADM. WILSER QUISPE CHAMORRO | Titular | X | Dependencia: | UNIDAD DE PROGRAMACIÓN Y ADQUISICIONES | Suplente | |
| Presidente | DR. JULIO TRONCOSO MENA | Titular | | Dependencia: | SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Suplente | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Miembro | LIC. ANGEL RODRIGUEZ QUISPE | Titular | | Dependencia: | SERVICIO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Suplente | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Segundo Miembro | LIC. ADM. WILSER QUISPE CHAMORRO | Titular | X | Dependencia: | UNIDAD DE PROGRAMACIÓN Y ADQUISICIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Suplente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | DETALLE DE LOS PARTICIPANTES De acuerdo con el cronograma establecido en las bases integradas, se registraron a través del SEACE los siguientes participantes: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>N°</th> <th>Nombre o razón social del participante</th> <th>RUC</th> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td>AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.</td> <td align="center">20100162238</td> </tr> <tr> <td align="center">2</td> <td>LAB & HEALTH SUPPLY S.A.C.</td> <td align="center">20524800510</td> </tr> <tr> <td align="center">3</td> <td>ASECO PERU S.A.C.</td> <td align="center">20565911920</td> </tr> </table> | | | | | N° | Nombre o razón social del participante | RUC | 1 | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. | 20100162238 | 2 | LAB & HEALTH SUPPLY S.A.C. | 20524800510 | 3 | ASECO PERU S.A.C. | 20565911920 | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nombre o razón social del participante | RUC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. | 20100162238 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | LAB & HEALTH SUPPLY S.A.C. | 20524800510 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | ASECO PERU S.A.C. | 20565911920 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | DETALLE DE LOS POSTORES En el día y horario señalado en las bases integradas, el siguiente postor presento a través del SEACE sus ofertas: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>N°</th> <th>Nombre o razón social del postor</th> <th>Fecha de presentación</th> <th>Hora de presentación</th> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td>AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.</td> <td align="center">22/01/2024</td> <td align="center">18:34:26</td> </tr> </table> | | | | | N° | Nombre o razón social del postor | Fecha de presentación | Hora de presentación | 1 | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. | 22/01/2024 | 18:34:26 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nombre o razón social del postor | Fecha de presentación | Hora de presentación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. | 22/01/2024 | 18:34:26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Acto seguido, se procede con la apertura de las ofertas electrónicas de los 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 los Términos de Referencia previstas en las bases integradas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS De acuerdo con la revisión efectuada, la siguiente oferta no se admite, por lo que no se les aplicará los factores de evaluación: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>N°</th> <th>Nombre o razón social del postor</th> <th>Consignar las razones para su no admisión</th> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">---</td> <td align="center">---</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 | --- | --- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | DETALLE DE LA OFERTA ADMITIDA Y QUE PASA A EVALUACIÓN De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas fueron admitidas por lo que se procederá con su evaluación: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>N°</th> <th>Nombre o razón social del postor</th> <th>Ítem(s) a los que postula</th> </tr> <tr> <td align="center">1</td> <td>AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A</td> <td align="center">01</td> </tr> </table> | | | | | N° | Nombre o razón social del postor | Ítem(s) a los que postula | 1 | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nombre o razón social del postor | Ítem(s) a los que postula | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td align="center">9.1</td> <td>DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA (100 PUNTOS)</td> </tr> </table> | | | | | 9.1 | DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA (100 PUNTOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.1 | DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA (100 PUNTOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |




ACTA DE APERTURA, ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE OFERTAS

| N° | Nombre o razón social del postor | Precio Unitario Ofertado | Precio Ofertado (S/) | PUNTAJE TOTAL |
|----|---|--------------------------|----------------------|---------------|
| 1 | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A | | S/ 196,250.00 | 100 puntos |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|------------------|
| 10 | CALIFICACIÓN | | | |
| | Luego de haber culminado la evaluación, los miembros del comité de selección, determinaron si la única oferta evaluada, para el caso del Ítem ÚNICO, cumple con los requisitos de calificación detallados en las bases integradas: | | | |
| | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR N° 1 | | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A | |
| | REQUISITOS DE CALIFICACIÓN | | CUMPLE | NO CUMPLE |
| | A | CAPACIDAD LEGAL | | |
| | | HABILITACIÓN | | |
| | | RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO. | SI | |
| | | CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO. | SI | |
| | | CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE DISTRIBUCIÓN Y TRANSPORTE | SI | |
| | B | EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD | | |
| | FACTURACIÓN | SI | | |
| RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN | | | CALIFICA | |

| | | |
|-----------|--|---|
| 11 | RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN | |
| | De acuerdo a la calificación realizada, los siguientes postores cumplen los requisitos de calificación establecidos en las bases integradas: | |
| | N° | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL |
| | 1 | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A |
| | Asimismo, los siguientes postores fueron descalificados por no cumplir los requisitos de calificación especificados en las bases integradas: | |
| N° | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR | CONSIGNAR LAS RAZONES DE SU DESCALIFICACIÓN |
| 1 | ---- | ---- |

| | |
|----|---|
| 12 | ACUERDO ADOPTADO |
| | <p>Los representantes del comité de selección, por UNANIMIDAD dan por aprobado los resultados de la admisión y evaluación de ofertas de acuerdo con el análisis efectuado y los cuadros de admisión, evaluación y calificación adjuntos que forman parte del presenta acta.</p> <p>No habiendo más asuntos que tratar, siendo las 11:45 horas del mismo día, se da por culminado la presente sección, firmando los presentes en señal de conformidad.</p> |

| | | |
|----|---|--|
| 13 |  | |
| | DR. JULIO TRONCOSO MENA PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN (S) | |
| |  |  |
| | LIC. ANGEL RODRIGUEZ QUISPE PRIMER MIEMBRO (S) | LIC. ADM. WILSER QUISPE CHAMORRO SEGUNDO MIEMBRO (T) |

ANEXO N° 01
CUADRO DE ADMISIBILIDAD

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 037-2023/ESSALUD-RASJUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA
(2327A00371)

| Documentación de presentación obligatoria | POSTORES |
|---|--|
| | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. |
| Documentos para la admisión de la oferta | SI/NO |
| a) Declaración jurada de datos del postor. (Anexo N° 1) | SI |
| b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta | SI |
| c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2) | SI |
| 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) | SI |
| e) Registro sanitario o certificado de registro sanitario, de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de la presente sección. | SI |
| f) Certificado de buenas prácticas de manufactura (CBPM), de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de la presente sección | SI |
| g) Certificado de análisis del protocolo terminado (protocolo de análisis), de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de la presente sección. | SI |
| h) Ficha técnica del producto y del equipo de cesión de uso (copia simple), de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de la presente sección. | SI |
| i) Folletería/ manual de instrucciones de uso o inserto (original o copia simple) , de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de la presente sección. | SI |
| j) Declaración jurada de presentación del dispositivo medico ofertado, de compromiso de plazo de entrega y vigencia (Anexo N°02-A) , de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de la presente sección. | SI |
| k) Declaración jurada de compromiso de canje y/o reposición por defectos o vicios ocultos (Anexo N°04-A) , de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de la presente sección. | SI |
| l) Declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N° 4) | SI |
| m) 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 N° 5) | SI |
| n) El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 6. | SI |
| RESULTADO DE LA ADMISIÓN | ADMITIDA |

ANEXO N° 02
CUADRO DE EVALUACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 037-2023/ESSALUD-RASJUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA
(2327A00371)



| FACTOR DE EVALUACIÓN | | PUNTAJE MÁXIMO | VALOR ESTIMADO | DOCUMENTO PRESENTADO |
|---|---|----------------|----------------|----------------------|
| PRECIO | CRITERIO | | | |
| El precio de la oferta incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del bien a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos. | $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p> <i>i</i>= Oferta <i>Pi</i>= Puntaje de la oferta a evaluar <i>Oi</i>=Precio <i>i</i> <i>Om</i>= Precio de la oferta más baja <i>PMP</i>=Puntaje máximo del precio </p> | 100 PUNTOS | S/ 200,000.00 | ANEXO N° 06 |

| N° | POSTOR | PRECIO OFERTADO | PUNTAJE TOTAL | ORDEN DE PRELACIÓN |
|----|--|-----------------|---------------|--------------------|
| 01 | AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. | S/ 196,250.00 | 100 pts. | 1° |



**ANEXO N° 03
CUADRO DE CALIFICACIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 037-2023/ESSALUD-RASJUNIN-PRIMERA CONVOCATORIA
(2327A00371)**

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p align="center">ORDEN DE PRELACIÓN</p> <p align="center">PRIMERO</p> <p align="center">AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.</p> | <p>A. CAPACIDAD LEGAL</p> | <p>CUMPLE/NO CUMPLE</p> | |
| <p align="center">CUMPLE</p> | <div data-bbox="336 725 580 792">  </div> <div data-bbox="708 759 1067 775"> <p><i>Área de Recursos Humanos - Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Humanos</i></p> </div> <div data-bbox="336 837 654 864"> <p>3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</p> </div> <div data-bbox="336 875 1091 1890"> <table border="1"> <tr> <td> <p>A. CAPACIDAD LEGAL</p> <p>HABILITACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <p>a) Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico.</p> <p>Documento emitido por la ANM o por la Autoridad Regional de Salud (ARS), de acuerdo a lo establecido en el artículo 17° del D.S. 014-2011-SA y su primera disposición Complementaria Transitoria, debiendo adjuntar las resoluciones de los cambios y/o modificaciones realizados en el Establecimiento Farmacéutico según corresponda. Obligatorio para todas las empresas instaladas en el país como establecimiento farmacéutico. Asimismo, cuando se presenten en consorcio, están obligadas a presentar dicho documento todas las empresas consorciadas, salvo que se trate de una empresa extranjera no instalada en el territorio nacional o de una empresa nacional que no esté reconocida como establecimiento farmacéutico.</p> <p>Las empresas extranjeras y la no reconocidas como establecimiento farmacéutico se encuentran fuera del alcance de las normas sanitarias.</p> <p>b) Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA)</p> <p>A nombre del postor, emitido por la ANM o ARM, de acuerdo al D.S. N° 014-2011-SA y modificaciones vigentes. Toda empresa instalada en el país como establecimiento farmacéutico deberá contar con las Buenas Prácticas de Almacenamiento. Por lo tanto, si el postor corresponde a un Establecimiento Farmacéutico, está obligado a presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento, indistintamente oferte un producto con o sin Registro Sanitario.</p> <p>Para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercero, además deberá presentar al Certificado BPA de la empresa que presta el servicio de almacenamiento, acompañado de la documentación que acredite el vínculo contractual entre ambas partes (documento de arrendamiento que garantice que está haciendo uso de los almacenes).</p> <p>Asimismo, cuando se presenten en consorcio, están obligadas a presentar dicho documento, todas las empresas consorciadas; salvo que se trate de una empresa extranjera no instalada en el territorio nacional o de una empresa nacional que no esté reconocida como establecimiento farmacéutico. Estas empresas se encuentran fuera del alcance de las normas sanitarias.</p> <p>Tratándose de un Laboratorio Fabricante Nacional, el Certificado de BPA se encuentra incluido en la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), en aplicación de la normativa vigente en el territorio peruano.</p> <p>La exigencia de la Certificación de BPA vigente, se aplica durante todo el procedimiento de selección y ejecución contractual para el dispositivo médico nacionales e importados.</p> <p>c) Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte autorizadas por DIGEMID (Cuando corresponda)</p> <p>De conformidad a lo establecido en la norma sanitaria vigente. Obligatorio para las empresas que comercializan dispositivos médicos que requieren de temperaturas de refrigeración y/o congelación para su almacenamiento y conservación. Este certificado será obligatorio si el dispositivo médico a adquirir requiere de condiciones de refrigeración y/o congelación para su almacenamiento y conservación.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Copia Simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico o Constancia de Registro de Establecimiento Farmacéutico. ➢ Copia Simple del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA). ➢ Copia Simple del Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPD7) </td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="336 1906 1091 1957"> <table border="1"> <tr> <td> <p>B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</p> <p><u>Requisitos:</u></p> </td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="373 1912 1155 2136">  </div> | <p>A. CAPACIDAD LEGAL</p> <p>HABILITACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <p>a) Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico.</p> <p>Documento emitido por la ANM o por la Autoridad Regional de Salud (ARS), de acuerdo a lo establecido en el artículo 17° del D.S. 014-2011-SA y su primera disposición Complementaria Transitoria, debiendo adjuntar las resoluciones de los cambios y/o modificaciones realizados en el Establecimiento Farmacéutico según corresponda. Obligatorio para todas las empresas instaladas en el país como establecimiento farmacéutico. Asimismo, cuando se presenten en consorcio, están obligadas a presentar dicho documento todas las empresas consorciadas, salvo que se trate de una empresa extranjera no instalada en el territorio nacional o de una empresa nacional que no esté reconocida como establecimiento farmacéutico.</p> <p>Las empresas extranjeras y la no reconocidas como establecimiento farmacéutico se encuentran fuera del alcance de las normas sanitarias.</p> <p>b) Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA)</p> <p>A nombre del postor, emitido por la ANM o ARM, de acuerdo al D.S. N° 014-2011-SA y modificaciones vigentes. Toda empresa instalada en el país como establecimiento farmacéutico deberá contar con las Buenas Prácticas de Almacenamiento. Por lo tanto, si el postor corresponde a un Establecimiento Farmacéutico, está obligado a presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento, indistintamente oferte un producto con o sin Registro Sanitario.</p> <p>Para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercero, además deberá presentar al Certificado BPA de la empresa que presta el servicio de almacenamiento, acompañado de la documentación que acredite el vínculo contractual entre ambas partes (documento de arrendamiento que garantice que está haciendo uso de los almacenes).</p> <p>Asimismo, cuando se presenten en consorcio, están obligadas a presentar dicho documento, todas las empresas consorciadas; salvo que se trate de una empresa extranjera no instalada en el territorio nacional o de una empresa nacional que no esté reconocida como establecimiento farmacéutico. Estas empresas se encuentran fuera del alcance de las normas sanitarias.</p> <p>Tratándose de un Laboratorio Fabricante Nacional, el Certificado de BPA se encuentra incluido en la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), en aplicación de la normativa vigente en el territorio peruano.</p> <p>La exigencia de la Certificación de BPA vigente, se aplica durante todo el procedimiento de selección y ejecución contractual para el dispositivo médico nacionales e importados.</p> <p>c) Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte autorizadas por DIGEMID (Cuando corresponda)</p> <p>De conformidad a lo establecido en la norma sanitaria vigente. Obligatorio para las empresas que comercializan dispositivos médicos que requieren de temperaturas de refrigeración y/o congelación para su almacenamiento y conservación. Este certificado será obligatorio si el dispositivo médico a adquirir requiere de condiciones de refrigeración y/o congelación para su almacenamiento y conservación.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Copia Simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico o Constancia de Registro de Establecimiento Farmacéutico. ➢ Copia Simple del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA). ➢ Copia Simple del Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPD7) | <p>B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</p> <p><u>Requisitos:</u></p> |
| <p>A. CAPACIDAD LEGAL</p> <p>HABILITACIÓN</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <p>a) Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico.</p> <p>Documento emitido por la ANM o por la Autoridad Regional de Salud (ARS), de acuerdo a lo establecido en el artículo 17° del D.S. 014-2011-SA y su primera disposición Complementaria Transitoria, debiendo adjuntar las resoluciones de los cambios y/o modificaciones realizados en el Establecimiento Farmacéutico según corresponda. Obligatorio para todas las empresas instaladas en el país como establecimiento farmacéutico. Asimismo, cuando se presenten en consorcio, están obligadas a presentar dicho documento todas las empresas consorciadas, salvo que se trate de una empresa extranjera no instalada en el territorio nacional o de una empresa nacional que no esté reconocida como establecimiento farmacéutico.</p> <p>Las empresas extranjeras y la no reconocidas como establecimiento farmacéutico se encuentran fuera del alcance de las normas sanitarias.</p> <p>b) Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA)</p> <p>A nombre del postor, emitido por la ANM o ARM, de acuerdo al D.S. N° 014-2011-SA y modificaciones vigentes. Toda empresa instalada en el país como establecimiento farmacéutico deberá contar con las Buenas Prácticas de Almacenamiento. Por lo tanto, si el postor corresponde a un Establecimiento Farmacéutico, está obligado a presentar el Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento, indistintamente oferte un producto con o sin Registro Sanitario.</p> <p>Para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercero, además deberá presentar al Certificado BPA de la empresa que presta el servicio de almacenamiento, acompañado de la documentación que acredite el vínculo contractual entre ambas partes (documento de arrendamiento que garantice que está haciendo uso de los almacenes).</p> <p>Asimismo, cuando se presenten en consorcio, están obligadas a presentar dicho documento, todas las empresas consorciadas; salvo que se trate de una empresa extranjera no instalada en el territorio nacional o de una empresa nacional que no esté reconocida como establecimiento farmacéutico. Estas empresas se encuentran fuera del alcance de las normas sanitarias.</p> <p>Tratándose de un Laboratorio Fabricante Nacional, el Certificado de BPA se encuentra incluido en la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), en aplicación de la normativa vigente en el territorio peruano.</p> <p>La exigencia de la Certificación de BPA vigente, se aplica durante todo el procedimiento de selección y ejecución contractual para el dispositivo médico nacionales e importados.</p> <p>c) Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte autorizadas por DIGEMID (Cuando corresponda)</p> <p>De conformidad a lo establecido en la norma sanitaria vigente. Obligatorio para las empresas que comercializan dispositivos médicos que requieren de temperaturas de refrigeración y/o congelación para su almacenamiento y conservación. Este certificado será obligatorio si el dispositivo médico a adquirir requiere de condiciones de refrigeración y/o congelación para su almacenamiento y conservación.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Copia Simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico o Constancia de Registro de Establecimiento Farmacéutico. ➢ Copia Simple del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA). ➢ Copia Simple del Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPD7) | | | |
| <p>B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</p> <p><u>Requisitos:</u></p> | | | |

B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD**CUMPLE/NO CUMPLE**

Aires de Recursos Médicos - Unidad de Planificación, Calidad y Recursos Médicos

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 400,000.00 (cuatrocientos 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/ 100,000.00 (cien mil con 00/100), 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.

Se consideran bienes similares a los siguientes: reactivos de Banco de Sangre o medicina transfusional o materiales de Banco de Sangre.³

Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, 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 pago⁴, 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.

En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de una persona absorbida como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.

³ Se incluye en atención a la Formulación N° 05-AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERÚ S.A.

⁴ Cabe precisar que, de acuerdo con la Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado:

"... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehacientemente en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"

(...)

"Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término "cancelado" o "pagado"] supuesto en el cual sí se cuenta con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia"



Quando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Puestor en la Especialidad

Importante

- Al calificar la experiencia del postor, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del objeto contractual no coincida literalmente con el previsto en los bases, se deberá valorar la experiencia si las actividades que ejecutó el postor corresponden a la experiencia requerida.
- En el caso de consorcios, sólo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".



Advertencia

De conformidad con el artículo 30 del Reglamento, la contratación de los requerimientos que cuenten con ficha de homologación aprobada se realiza mediante el procedimiento de selección de Adjudicación Simplificada. Lo dispuesto no aplica cuando el requerimiento ha sido homologado parcialmente, salvo que el elemento "características técnicas" se haya homologado en su totalidad. Asimismo, cabe precisar que las fichas de homologación aprobadas son de uso obligatorio para todas las contrataciones que realizan las Entidades, con independencia del monto de la contratación inclusive cuando el requerimiento haya sido homologado parcialmente.

Importante

Para determinar que los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, incorpora los requisitos de calificación previstos por el área usuaria en el requerimiento, no pudiendo incluirse requisitos adicionales, ni distintos a los siguientes:

RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN
CALIFICA
