

FORMATO N° 13

**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 | 01-2024-LP N° 17-2023-HNHU-1 | | | | |
| 2 | SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL En la ciudad de Lima, el 08 de febrero de 2024, en el Área de Procesos de la Unidad de Logística del HHU, a las 10:00 horas, se reunieron los miembros del comité de selección designados mediante Formato 4 n° 88-2023-HNHU "Designación de Comité de Selección" de fecha 01 de diciembre de 2023, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de la Licitación Pública N° 017-2023-HNHU-1, cuyo objeto de convocatoria es la del "ADQUISICIÓN ANUAL DE LINEAS PARA BOMBA DE INFUSIÓN PARA EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE", a fin de efectuar la ADMISIÓN, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS presentadas y CALIFICACIÓN de la oferta correspondiente 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: | | | | | |
| | Presidente | YARANGA CHAMBERGO ELIZABETH | Titular | | Dependencia: | Dependencia: DEPARTAMENTO DE FARMACIA |
| | | | Suplente | X | | |
| | Primer Miembro | YULIANA ERIKA AGUILAR CALCINA | Titular | | Dependencia: | Dependencia: DEPARTAMENTO DE FARMACIA |
| | | | Suplente | X | | |
| | Segundo Miembro | ELMER ROE BUSTILLOS ANDRADE | Titular | | Dependencia: | Dependencia: UNIDAD DE LOGISTICA |
| | | | Suplente | X | | |
| 4 | DETALLE DE LOS PARTICIPANTES De acuerdo con el cronograma establecido, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores: | | | | | |
| | N° | Nombre o razón social del participante | RUC | | | |
| | 1 | FRESENIUS KABI PERU S.A. | 20381450377 | | | |
| | 2 | GLOBAL SUPPLY S.A.C. | 20465722119 | | | |
| | 3 | NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU | 20504312403 | | | |
| | 4 | Q-MEDICAL S.A.C | 20505719396 | | | |
| | 5 | BIOMEDICAL CARE REPRESENTACIONES S.A.C. | 20508191597 | | | |
| | 6 | ICU MEDICAL PERU S.R.L. | 20537758377 | | | |
| | 7 | DADOS PROVEEDORES E.I.R.L. | 20608450123 | | | |
| 5 | DETALLE DE LOS POSTORES En el día y horario señalado en las bases, el siguiente postor presentó su oferta de manera electrónica a través del SEACE. | | | | | |
| | N° | Nombre o razón social del postor | Items | Fecha | Hora | |
| | 1 | FRESENIUS KABI PERU S.A. | 1,2 | 1/02/2024 | 19:12:36 | |
| | 2 | ICU MEDICAL PERU S.R.L. | 3,4 | 1/02/2024 | 17:51:26 | |
| 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 y condiciones de las Especificaciones técnicas previstas en las bases. | | | | | |
| 7 | DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas no se admiten, por no cumplir con el literal f) Documentos que acrediten los Requisitos de Habilitación : | | | | | |
| | N° | Nombre o razón social del postor | Items | Consignar las razones para su no admisión | | |
| | 1 | - | - | - | | |
| | 2 | - | - | - | | |
| | 3 | - | - | - | | |
| 8 | DETALLE DE LAS OFERTAS QUE FUERON 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 | ITEM | CUMPLE/ NO CUMPLE | OBSERVACION | |
| | 1 | FRESENIUS KABI PERU S.A. | ITEM N°1 | SI | | |
| | 1 | FRESENIUS KABI PERU S.A. | ITEM N°2 | SI | | |
| | 1 | ICU MEDICAL PERU S.R.L. | ITEM N°3 | SI | | |
| | 1 | ICU MEDICAL PERU S.R.L. | ITEM N°4 | SI | | |
| | Nota.- En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación. | | | | | |
| | Es necesario precisar que, para la evaluación, calificación y verificación de los requisitos de habilitación de los documentos de presentación obligatoria; se solicitó apoyo al área usuaria DEPARTAMENTO DE FARMACIA; el cual fue remitido con MEMORANDO N°118-2024/HNHU/DF | | | | | |
| 9 | RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE OFERTAS De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente: | | | | | |
| | N° ORDEN DE PRELACION | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR | ITEM | PRECIO DE OFERTA | % del valor referencial | PUNTAJE |
| | 1 | FRESENIUS KABI PERU S.A. | 1 | S/540,960.00 | 78.86 | 100.00 |
| | 1 | FRESENIUS KABI PERU S.A. | 2 | S/259,000.00 | 74.00 | 100.00 |
| | 1 | ICU MEDICAL PERU S.R.L. | 3 | S/258,510.00 | 111.91 | 100.00 |
| | 1 | ICU MEDICAL PERU S.R.L. | 4 | S/436,128.00 | 102.47 | 100.00 |
| | Nota.- En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación. | | | | | |
| 10 | REQUISITOS DE CALIFICACION | | | | | |

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

| RAZON SOCIAL DE LOS POSTORES | ITEM 1 FRESENIUS KABI PERU S.A. | ITEM 2 FRESENIUS KABI PERU S.A. | ITEM 3 ICU MEDICAL PERU S.R.L. | ITEM 4 ICU MEDICAL PERU S.R.L. |
|--|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| HABILITACION: RESOLUCIO DE AUTOIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO, A NOMBRE DEL POSTOR, ASI COMO LOS CAMBIOS MODIFICACIONES O AMPLIACIONES OTORGADAS AL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO PROVEEDOR, EMIDA POR LA DIGEMID, COMO AUTORIDAD NACIONAL DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITAOS -ANM O POR LA AUTORIDAD REGIONAL DE MEDICAMENTOS-ARM DEL MINISTERIO DE SALUD- MINSA SEGUN CORRESPONDA | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD SEGÚN LAS BASES INTEGRADAS | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |

11 RESUMEN DE EVALUACION Y VALIDACION


Por lo expuesto, se detalla el resultado de la evaluacion y validacion realizada, de acuerdo al siguiente detalle:

| N° ITEM | NOMBRE DEL POSTOR | RUC | MONTO |
|-----------|--------------------------|-------------|--------------|
| ITEM N° 1 | FRESENIUS KABI PERU S.A. | 20381450377 | S/540,960.00 |
| ITEM N° 2 | FRESENIUS KABI PERU S.A. | 20381450377 | S/259,000.00 |
| ITEM N° 3 | ICU MEDICAL PERU S.R.L. | 20537758377 | S/258,510.00 |
| ITEM N° 4 | ICU MEDICAL PERU S.R.L. | 20537758377 | S/436,128.00 |

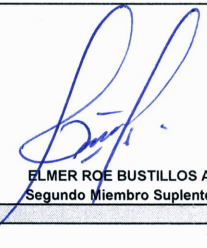
12 ACUERDO ADOPTADO

El Comité de Selección, por Unanimidad, da por aprobado los resultados de la evaluación de las ofertas, de acuerdo con el análisis efectuado y a la evaluación de los Requisitos de Habilitación realizada por parte del área usuaria Departamento de Farmacia; mediante MEMORANDO N°118-2024/HNHU/DF; adjuntos que forman parte del Acta. Finalmente se acuerda solicitar la reducción de oferta a los postores: ICU MEDICAL PERU S.R.L. (ITEM N°3 LINEA DE INFUSIÓN CON CASETERA PARA BOMBA DE INFUSIÓN y ITEM N°4 (LINEA DE INFUSIÓN CON CASETERA Y BURETA PARA BOMBA DE INFUSIÓN X 150 ML), en el marco del Artículo 68° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado N° 30225.

13


YARANGA CHAMBERGO ELIZABETH
Presidente Suplente


YULIANA ERIKA AGUILAR CALCINA
Primer Miembro Titular


ELMER ROE BUSTILLOS ANDRA
Segundo Miembro Suplente

NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN

FORMATO N° 13

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

14 DATOS DE LA AMPLIACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE CRÉDITO PRESUPUESTARIO (CCP)

Mediante Nota Informativa N° 189-2024-UL-HNHU de fecha 20 de febrero de 2024, se solicitó a la Oficina de Administración para que remita a la Oficina de Presupuesto la ampliación de certificación de crédito presupuestario hasta por el monto de s/ 1,468,460.00 (Un Millón Cuatrocientos Sesenta y Ocho Mil Cuatrocientos sesenta mil con 00/100 soles)

| | | | | |
|-------------------------------|---------------|---|----|--|
| Ampliación de CCP | Si | x | No | |
| Fecha de la ampliación de CCP | 19/02/2024 | | | |
| Monto de la ampliación de CCP | s/. 17,500.00 | | | |

15 DATOS DE LA APROBACIÓN DEL TITULAR DE LA ENTIDAD

| | | | | |
|---|------------|----------|----|------------------|
| Aprobación del Titular de la Entidad | Si | x | No | |
| Tipo y número del documento de aprobación | Tipo | MEMORANO | N° | 092-2024-DG/HNHU |
| Fecha del documento de aprobación | 27/02/2024 | | | |

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:

16 REDUCCIÓN DE LA OFERTA ECONÓMICA

| Orden de prelación | Item | Nombre o razón social del postor | Aceptó reducción de su oferta | | supera el valor estimado |
|--------------------|------|----------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------|
| 1 | 3 | ICU MEDICAL PERU S.R.L. | Si | x | x |
| | | | No | | |
| 1 | 4 | ICU MEDICAL PERU S.R.L. | Si | x | |
| | | | No | | x |

17 DETALLE DE LAS OFERTAS QUE FUERON RECHAZADAS CUYO PRECIO OFERTADO ES SUPERIOR AL VALOR REFERENCIAL

De acuerdo con lo previsto en el cuarto párrafo del artículo 54 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ninguna oferta fue rechazada 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 | - | - |

| | |
|----------------|------------|
| 1 | 2 |
| POSTORES | |
| FRESENIUS KABI | ICUMEDICAL |

| | |
|-----------|-----------|
| CUMPLE | CUMPLE |
| CUMPLE | CUMPLE |
| CUMPLE | CUMPLE |
| CUMPLE | CUMPLE |
| CUMPLE | CUMPLE |
| CUMPLE | CUMPLE |
| CUMPLE | CUMPLE |
| CUMPLE | CUMPLE |
| CUMPLE | CUMPLE |
| CUMPLE | CUMPLE |
| CUMPLE | CUMPLE |
| - | - |
| CUMPLE | CUMPLE |
| NO APLICA | NO APLICA |
| CUMPLE | CUMPLE |
| NO APLICA | NO APLICA |

