



ANEXO N° 3

ADQUISICIÓN DE PRUEBAS PARA HEMOGRAMAS DE 5 ESTIRPES PARA ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.**REQUISITOS DE CALIFICACIÓN**

POSTOR: UNIMEDILAB S.A.C.

A. CAPACIDAD LEGAL**HABILITACIÓN**

CUMPLE / NO CUMPLE

Requisitos:

- Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento: a nombre del postor. Emitido por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como autoridad nacional de productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – ANM o por la Autoridad Regional de Medicamentos – ARM del Ministerio de Salud – MINSA, según corresponda debiendo adjuntar las resoluciones de los cambios y/o modificaciones realizadas en el establecimiento farmacéutico de corresponder.

Obligatorio para todas las empresas instaladas en el país como establecimiento farmacéutico, salvo que se trate de una empresa extranjera no instalada en el territorio nacional o de una empresa nacional que no está reconocida como establecimiento farmacéutico.

SI CUMPLE

Acreditación:

Copia Simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico.

B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

CUMPLE / NO CUMPLE

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 280,000.00 (DOSCIENTOS OCHENTA MIL Y 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/ 70,000.00 (SETENTA MIL QUINIENTOS Y 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 consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se consideran bienes similares a los siguientes:
VENTA DE REACTIVOS Y/O INSUMOS EN GENERAL.

SI CUMPLE

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 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.

| N° | EMPRESA | NÚMERO DE DOCUMENTO | MONTO (S/.) | OBSERVACIONES |
|----|---|---------------------|-------------------|---------------|
| 1 | OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTOMAYO | 0001239 | 308,639.10 | - |
| 2 | OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTOMAYO | 0000033 | 111,105.00 | - |
| | | | 419,744.10 | |

RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

EL POSTOR: UNIMEDILAB S.A.C. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN ESPECIFICADOS EN LAS BASES, POR LO QUE SU OFERTA QUEDA CALIFICADA.



ANEXO N° 3

ADQUISICIÓN DE PRUEBAS PARA HEMOGRAMAS DE 5 ESTIRPES PARA ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.**REQUISITOS DE CALIFICACIÓN**

POSTOR: DIEGO MEDICAL S.A.C.

A. CAPACIDAD LEGAL**HABILITACIÓN**

CUMPLE / NO CUMPLE

Requisitos:

- Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento: a nombre del postor. Emitido por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, como autoridad nacional de productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – ANM o por la Autoridad Regional de Medicamentos – ARM del Ministerio de Salud – MINSA, según corresponda debiendo adjuntar las resoluciones de los cambios y/o modificaciones realizadas en el establecimiento farmacéutico de corresponder.

Obligatorio para todas las empresas instaladas en el país como establecimiento farmacéutico, salvo que se trate de una empresa extranjera no instalada en el territorio nacional o de una empresa nacional que no está reconocida como establecimiento farmacéutico.

SI CUMPLE

Acreditación:

Copia Simple de la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico.

B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

CUMPLE / NO CUMPLE

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 280,000.00 (DOSCIENTOS OCHENTA MIL Y 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/ 70,000.00 (SETENTA MIL QUINIENTOS Y 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 consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se consideran bienes similares a los siguientes:
VENTA DE REACTIVOS Y/O INSUMOS EN GENERAL.

SI CUMPLE

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 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.

| N° | EMPRESA | NÚMERO DE DOCUMENTO | MONTO (\$/.) | OBSERVACIONES |
|----|--|---------------------|-------------------|---------------|
| 1 | REGION LIMA HOSPITAL DE APOYO AREZOLA | 00000004 | 23,000.00 | - |
| 2 | OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO | 00000025 | 108,000.00 | - |
| 3 | REGION LIMA HOSPITAL DE APOYO AREZOLA | 00000066 | 23,000.00 | - |
| 4 | OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO | 00000079 | 162,000.00 | - |
| 5 | OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA | 00000100 | 20,765.00 | - |
| 6 | OFICINA DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD ALTO HUALLAGA | 00000101 | 22,435.00 | - |
| 7 | HOSPITAL CHANCAY Y SBS | 00001177 | 16,700.00 | - |
| 8 | SEGURO SOCIAL DE SALUD | 00001251 | 15,660.00 | - |
| 9 | HOSPITAL CHANCAY Y SBS | 00001269 | 16,700.00 | - |
| 10 | HOSPITAL HUANCAY | 00001284 | 37,800.00 | - |
| 11 | HOSPITAL DE BARRANCA | 00001355 | 39,060.80 | - |
| 12 | HOSPITAL DE BARRANCA | 00001356 | 39,172.30 | - |
| 13 | HOSPITAL DE BARRANCA | 00001357 | 35,631.90 | - |
| | | | 559,925.00 | |

RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

EL POSTOR: DIEGO MEDICAL S.A.C. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN ESPECIFICADOS EN LAS BASES, POR LO QUE SU OFERTA QUEDA CALIFICADA.



ANEXO N° 2

ADQUISICIÓN DE PRUEBAS PARA HEMOGRAMAS DE 5 ESTIRPES PARA ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.

| POSTOR N° | POSTOR | PRECIO DE LA OFERTA | ESTADO | PUNTAJE | PUNTAJE SUB TOTAL | BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA | PUNTAJE TOTAL + BONIFICACIÓN (5%) | ORDEN DE PRELACION |
|--------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|------------------------|----------------------|---|---|--------------------|
| | | | | PRECIO DE LA OFERTA | | | | |
| 1 | DIEGO MEDICAL S.A.C. | S/ 136,800.00 | ADMITIDA PARA SU EVALUACIÓN | 85.53 | 85.53 | 4.28 | 89.80 | 2 |
| 2 | UNIMEDILAB S.A.C. | S/ 117,000.00 | ADMITIDA PARA SU EVALUACIÓN | 100.00 | 100.00 | 0.00 | 100.00 | 1 |

| OBSERVACIONES | NINGUNA |
|---------------|---------|
|---------------|---------|



ANEXO N° 1

ADQUISICIÓN DE PRUEBAS PARA HEMOGRAMAS DE 5 ESTIRPES PARA ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIA, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA PARA EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.

| DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA | | | | | | | | | | | ADMISTION DE LA OFERTA TÉCNICA (CUMPLIMIENTO DE LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA) |
|---|-----------------------|---|--|--|---|--|--|---|--|---|---|
| POSTOR N° | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | a) Declaración jurada de datos del postor. (Anexo N° 1) | b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta. (Vigencia de poder y/o DNI) | c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento (Anexo N° 2) | 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) | e) Copia de folletos o ficha técnica o insertos o instructivos o catálogos, o manuales o brochures o cartas emitidas por el fabricante y/o fabricante legal y/o dueño de la marca y/o filial, y/o sucursal | f) Certificado de buenas prácticas de almacenamiento (BPA) vigente, a nombre del proveedor, emitido por la ANM o ARM, según corresponda. | g) Declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N° 4) | h) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso. (Anexo N° 5) | i) El precio de la oferta en Soles. Adjuntar obligatoriamente el (Anexo N° 6) | |
| 1 | LC BIOCOP S.A.C. | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | NO CUMPLE | NO CUMPLE | PRESENTA | PRESENTA | NO CORRESPONDE | S/ 121,680.00 | NO ADMITIDA |
| 2 | DIEGO MEDICAL S.A.C. | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | NO CORRESPONDE | S/ 136,800.00 | ADMITIDA |
| 3 | UNIMEDILAB S.A.C. | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | NO CORRESPONDE | S/ 117,000.00 | ADMITIDA |
| 6 | VIKMAR S.A.C. | PRESENTA | PRESENTA | PRESENTA | NO CUMPLE | NO CUMPLE | PRESENTA | PRESENTA | NO CORRESPONDE | S/ 100,440.00 | NO ADMITIDA |