



ANEXO N° 3

ADQUISICIÓN DE FACOEMULSIFICADOR PARA EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO.

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

POSTOR: ALCON PHARMACEUTICAL DEL PERU S.A.

A. CAPACIDAD LEGAL

HABILITACIÓN

CUMPLE / NO CUMPLE

Requisitos:

- Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios). Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

- Autorización Sanitaria de Funcionamiento de acuerdo a Ley N° 29459 y el Reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA.

Acreditación:

Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Copia simple de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de acuerdo a Ley N° 29459 y el Reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA.

SI CUMPLE

B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

CUMPLE / NO CUMPLE

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1,400,000.00 (UN MILLÓN CUATROCIENTOS 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.

Se consideran bienes similares a los siguientes:
EQUIPOS DE USO OFTALMOLÓGICO EN GENERAL.

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

SI CUMPLE

N°	EMPRESA	NÚMERO DE DOCUMENTO	MONTO (S/.)	OBSERVACIONES
1	ESSALUD	S/N	462,000.00	-
2	INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA	040-2019-OLOG-OEA-INO	903,880.00	-
3	INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA	124-2019-OLOG-OEA-INO	892,227.67	-
4	INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA	031-2017-IRO/LOG	210,678.01	-
			2,468,785.68	

C. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL

CUMPLE / NO CUMPLE

C.1. EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE

Requisitos:

Ingeniero Responsable

Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria.

Acreditación:

La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.

SI CUMPLE

RESIDENTE DEL SERVICIO (01) - VICTOR RODOLFO SANCHEZ MANRIQUE

N°	EMPRESA	CARGO	DESDE	HASTA	DÍAS	OBSERVACIONES
1	ALCON PHARMACEUTICAL DEL PERU S.A.	INGENIERO DE SERVICIO TÉCNICO	14/04/2008	05/07/2024	5927	-
TOTAL EXPERIENCIA					16.24	

RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

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



ANEXO N° 3

ADQUISICIÓN DE FACOEMULSIFICADOR PARA EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO.

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

POSTOR: LABOFTA S.A.C.

A. CAPACIDAD LEGAL

HABILITACIÓN

CUMPLE / NO CUMPLE

Requisitos:

- Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios). Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.

- Autorización Sanitaria de Funcionamiento de acuerdo a Ley N° 29459 y el Reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA.

SI CUMPLE

Acreditación:

Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

Copia simple de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de acuerdo a Ley N° 29459 y el Reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA.

B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

CUMPLE / NO CUMPLE

Requisitos:

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1,400,000.00 (UN MILLÓN CUATROCIENTOS 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.

Se consideran bienes similares a los siguientes:
EQUIPOS DE USO OFTALMOLÓGICO 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	ESSALUD	047	442,626.00	-
2	PROGRAMA CREACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD	115-2023-PCRIS	385,088.76	-
3	INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA	109-2018-OLOG-OEA-INO	438,000.00	-
4	INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA	91-2017-OLOG-OEA-INO	296,000.00	-
5	GOBIERNO REGIONAL DE PIURA	29-2022/GRP-HACPSR II-2	105,500.00	-
6	INSTITUTO ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DEL EJERCITO DEL PERÚ	105-2021 IAFAS EP	33,300.00	-
7	INSTITUTO ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DEL EJERCITO DEL PERÚ	104-2021 IAFAS EP	190,100.00	-
			1,890,614.76	

C. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL

C.1. EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE

CUMPLE / NO CUMPLE

Requisitos:

Ingeniero Responsable

Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria.

SI CUMPLE

Acreditación:

La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.

RESIDENTE DEL SERVICIO (01) - ARTURO ISAAC CHAGRAY NUÑEZ

N°	EMPRESA	CARGO	DESDE	HASTA	DÍAS	OBSERVACIONES
1	LABOFTA S.A.C.	INGENIERO SENIOR	19/09/2011	09/09/2024	4740	-
TOTAL EXPERIENCIA					12.99	

RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

EL POSTOR: LABOFTA 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 FACOEMULSIFICADOR PARA EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO.

POSTOR N°	POSTOR	PRECIO DE LA OFERTA	ESTADO	PUNTAJE				PUNTAJE TOTAL	ORDEN DE PRELACION
				PRECIO DE LA OFERTA	GARANTÍA COMERCIAL DEL POSTOR	DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS	MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS		
1	ALCON PHARMACEUTICAL DEL PERU S.A.	S/. 299,491.74	ADMITIDA PARA SU EVALUACIÓN	70.00	10.00	10.00	10.00	100.00	1
2	LABOFTA S.A.C.	S/. 393,750.00	ADMITIDA PARA SU EVALUACIÓN	53.24	10.00	0.00	0.00	63.24	2

LABOFTA S.A.C.:

1.- El Postor no cumple con el periodo solicitado en el Factor de Evaluación DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS.

2.- El Postor no cumple con la especificación técnica adicional en el Factor de Evaluación MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

OBSERVACIONES



ANEXO N° 1

ADQUISICIÓN DE FACOEMULSIFICADOR PARA EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO.

POSTOR N°	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA							ADMISION DE LA OFERTA TÉCNICA (CUMPLIMIENTO DE LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA)	
		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) FORMATO N° 01 "Hoja de Presentación del Equipo / Sustento cumplimiento de características técnicas" .	e) Declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N° 4)	f) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso. (Anexo N° 5)		g) El precio de la oferta en Soles. Adjuntar obligatoriamente el (Anexo N° 6)
1	ALCON PHARMACEUTICAL DEL PERU S.A.	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	NO CORRESPONDE	S/ 299,491.74	ADMITIDA
2	MEDICA DEL PACIFICO S.R.L.	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	NO CUMPLE	PRESENTA	NO CORRESPONDE	S/ 390,000.00	NO ADMITIDA
3	LABOFTA S.A.C.	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	NO CORRESPONDE	S/ 393,750.00	ADMITIDA