

**FORMATO N° 13**

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

<b>1</b>	<b>NÚMERO DE ACTA</b>	AS-017-2024-HRDLM.CH/CS-2
----------	-----------------------	---------------------------

<b>2</b>	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b>  <p>En, Chiclayo, a los 11 días del mes de diciembre del año 2024, en la sala de reuniones de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Docente Las Mercedes, a las 12:00 horas, se reunieron los integrantes del COMITÉ DE SELECCIÓN designados mediante Resolución Directoral N° 00846-2024-GR.LAMB/GERESA/HLM.CH/DE [515504298-15] encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 0017-2024-HRDLM.CH/CS-2., cuyo objeto de convocatoria es el "ADQUISICIÓN DE UN (01) ECOGRAFO DOPPLER COLOR PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL LAS MERCEDES – CHICLAYO", a fin de efectuar la APERTURA DE SOBRES, ADMISIÓN, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS presentadas y CALIFICACIÓN de la oferta correspondiente según orden de prelación.</p> <p>Nota.- En caso las actuaciones se realicen en diversos días, precisar la fecha, hora y local de las sesiones realizadas durante la evaluación y calificación de las ofertas, en el acto que corresponda.</p>
----------	---

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	REQUELME PORTOCARRERO FRANK	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	
		Suplente				
Primer Miembro	DIAFANOR PÉREZ VEGA	Titular	X	Dependencia:	UNIDAD DE LOGISTICA	
		Suplente				
Segundo Miembro	CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS	Titular	X	Dependencia:	DIRECCIÓN/ADMINISTRACIÓN	
		Suplente				

4

DETALLE DE LOS PARTICIPANTES

De acuerdo con el cronograma establecido en las bases, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores:

N°	Nombre o razón social del participante	RUC
1	A JAIME ROJAS REPRESENTACIONES GRLES S A	20102032951
2	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.	20111876097
3	CYMED MEDICAL SAC	20263368992
4	MEGATECH PERU S.A.C.	20454256141
5	INTERNATIONAL DIAGNOSTIC IMAGING SAC	20509997340
6	MEDITRONIC CORPORATION S.R.L.	20524983924
7	CONSULTORA, MULTISERVICIOS Y AUTOMOTORES VEYRA S.A.C	20536847180
8	DIAGNOSTICO MEDICO S.A.C.	20551306128
9	MEDICALAB SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20601105994
10	CIAMEDICAL PERU S.A.C.	20601901065
11	ADVANCED MEDICAL INC E.I.R.L.	20602703003
12	PERFECT ENTERPRISE DEL PERU S.A.C.	20604249989
13	CENTRUS E.I.R.L.	20604389268
14	LARA MEDICAL SOLUTIONS S.A.C.	20604404291
15	BARUCH MEDICAL SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - BARUCH MEDICAL S.A.C.	20606152176
16	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20612214949

<b>5</b>	<b>DETALLE DE LOS POSTORES</b> <p>En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron en la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad sus ofertas en sobre cerrado:</p>
----------	--



**FORMATO N° 13**

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

N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación
1	MEDICALAB SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	10/12/2024	23:57:03
2	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	10/12/2024	22:05:52

- 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 los Términos de Referencia previstos 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 lo que no se les aplicará los factores de evaluación:

N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones para su no admisión
1	-	-

**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(s) a los que postula
1	MEDICALAB SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	UNICO
3	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	UNICO

**9 EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS**

**9.1 DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA**

N°	Nombre o razón social del postor	Precio de su oferta	% del valor referencial
1	MEDICALAB SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	344,500.00	95.85
3	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	349,900.00	97.35

**9.2 DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS EN CONCORDANCIA CON LOS FACTORES DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS EN LAS BASES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

La evaluación de las ofertas se detalla en el cuadro de Evaluación de Ofertas, según Anexo N° 2 que forma parte de la presente Acta.

**10 PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES**

COMPLETAR EL DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE CADA POSTOR

10.1	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1		MEDICALAB SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
	FACTORES		PUNTAJES
	A: PRECIO	MONTO OFERTADO	70
		344,500.00	
	B: PLAZO DE ENTREGA		20
	C: MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICA		10
	SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES		100
10.2	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2		MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA
	FACTORES		PUNTAJES
	A: PRECIO	MONTO OFERTADO	68.92
		349,900.00	
	B: PLAZO DE ENTREGA		20.00
	C: MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICA		10.00
	SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES		98.92

**11 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente:



**FORMATO N° 13**

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

N° DE ORDEN DE PRELACIÓN	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR	PUNTAJE TOTAL	BONIFICACIÓN (5%)	PUNTAJE TOTAL + BONIFICACIÓN (10%) + BONIFICACIÓN (5%)
1	MEDICALAB SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	100.00	5.00	105.00
2	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	98.92	5.00	103.92

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>	<b>MEDICALAB SOCIEDAD ANONIMA CERRADA</b>		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	
	<b>A</b> CAPACIDAD LEGAL	X		
	<b>B</b> EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	X		
	<b>C</b> CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONA			
	<b>C.1</b> EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE	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>MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA</b>		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	
	<b>A</b> CAPACIDAD LEGAL	X		
	<b>B</b> EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	X		
	<b>C</b> CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONA			
	<b>C.1</b> EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE	X		
	<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>	
<b>12.3</b>	<b>DETALLE DE LA CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS</b>	
	La calificación de las ofertas se detalla en el cuadro de Calificación, según Anexo N° 03 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** 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	MEDICALAB SOCIEDAD ANONIMA CERRADA

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	-	-

**FORMATO N° 13****ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:  
SERVICIOS EN GENERAL  
(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 los cuadros de Evaluación de Ofertas y Calificación adjuntos que forman parte del Acta.

**15**

**REQUELME PORTOCARRERO FRANK  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN - TITULAR**

**PEREZ VEGA DIAFANOR  
PRIMER MIEMBRO - TITULAR**

**CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS  
SEGUNDO MIEMBRO - TITULAR**





## ANEXO N° 1

### ADQUISICIÓN DE UN (01) ECOGRAFO DOPPLER COLOR PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL 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 los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (Anexo N° 3)	e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. (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 y el detalle de precios unitarios, porcentajes u honorario fijo y comisión de éxito, según corresponda. (Anexo N° 6)	
1	MEDICALAB SAC	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	NO CORRESPONDE	PRESENTA	ADMITIDA
2	MEDISONICPERU SAC.	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	NO CORRESPONDE	PRESENTA	ADMITIDA



## ANEXO N° 2

SERVICIO DE ACONDICIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES											
POSTOR N°	POSTOR	PRECIO DE LA OFERTA	ESTADO	PUNTAJE			PUNTAJE SUB. TOTAL	BONIFICACIÓN DEL DIEZ POR CIENTO (10%) POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE LIMA Y CALLAO	BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA	PUNTAJE TOTAL + BONIFICACIÓN (10%) + BONIFICACIÓN (5%)	ORDEN DE PRELACION
				PRECIO DE LA OFERTA	PLAZO DE ENTREGA	MEJORAS A LAS ESPECIFICACI ONES TÉCNICA					
1	MEDICALAB SAC	S/ 344,500.00	ADMITIDA PARA SU EVALUACIÓN	70.00	20	10.00	100.00	-	5.00	105.00	1
2	MEDISONICPERU SAC.	S/ 349,900.00	ADMITIDA PARA SU EVALUACIÓN	68.92	20	10.00	98.92	-	5.00	103.92	2
OBSERVACIONES				NINGUNA							





## ANEXO N° 3

SERVICIO DE ACONDICIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y ÁREAS CRÍTICAS  
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

## REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

POSTOR: MEDICALAB SAC

## A.- CAPACIDAD LEGAL

## HABILITACIÓN

CUMPLE / NO CUMPLE

## Requisitos:

Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado y sus transductores, 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 o de terceros, 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 y sus transductores, 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 de S/ 812,500.00 (Ochocientos doce mil quinientos 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/ 203,125.00 (Doscientos tres mil ciento veinticinco 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 consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se considerarán bienes similares a los siguientes: ECÓGRAFOS, ECÓGRAFOS PORTÁTILES, ECÓGRAFOS DOPPLER 3D Y 4D

## Acreditación:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de compra, 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 pago11 correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

SI CUMPLE

N°	EMPRESA	NÚMERO DE DOCUMENTO	MONTO (S/.)	OBSERVACIONES
1	INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE	FACT. E001-3	S/. 221,000.00	NINGUNA
	DIRECCIÓN DE SALUD DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR	FACT. E001-59	S/. 133,000.00	NINGUNA
	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA	FACT. E001-60	S/. 345,000.00	NINGUNA
			<b>S/ 699,000.00</b>	NINGUNA

## C.- APACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL

## C.1.- EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE

CUMPLE / NO CUMPLE

## Requisitos:

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

## INGENIERO ELECTRÓNICO (01) CARLOS PAICO ACOSTA

N°	EMPRESA	CARGO	DESDE	HASTA	DIAS	OBSERVACIONES
1	MEDISONIC SAC	MANTENIMIENTO, PREVENTIVO, CORRECTIVO, INSTALACIÓN Y CAPACITACION	1/02/2013	31/10/2020	2829	NINGUNA
2	GLOBAL HEALTHCARE SOLUTIONS PERU SAC	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS	1/11/2020	10/11/2024	1470	
TOTAL EXPERIENCIA					11.78	





## ANEXO N° 3

SERVICIO DE ACONDICIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y ÁREAS CRÍTICAS  
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

## REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

POSTOR: MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA

## A.- CAPACIDAD LEGAL

## HABILITACIÓN

CUMPLE / NO CUMPLE

**Requisitos:**

Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado y sus transductores, 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 o de terceros, 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 y sus transductores, 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 de S/ 812,500.00 (Ochocientos doce mil quinientos 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/ 203,125.00 (Doscientos tres mil ciento veinticinco 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 consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.

Se considerarán bienes similares a los siguientes: ECÓGRAFOS, ECÓGRAFOS PORTÁTILES, ECÓGRAFOS DOPPLER 3D Y 4D

**Acreditación:**

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

SI CUMPLE

N°	EMPRESA	NÚMERO DE DOCUMENTO	MONTO (S./)	OBSERVACIONES
1	DESARROLLO MEDICO SRL	FFA1-26	318,580.00	NINGUNA
			318,580.00	

## C.- APACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL

## C.1 - EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE

CUMPLE / NO CUMPLE

**Requisitos:**

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

## TÉCNICO ELECTRICISTA (01) - FREDDY QUESQUÉN CHANCAFE

N°	EMPRESA	CARGO	DESDE	HASTA	DIAS	OBSERVACIONES
1	CDI CENTRAL DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES S.A.C	INGENIERO DE SERVICIO TÉCNICO	1/01/2017	30/11/2020	1429	NINGUNA
TOTAL EXPERIENCIA					3.92	



# FORMATO N° 22

## ACTA DE OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO: BIENES, SERVICIOS EN GENERAL Y OBRAS

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

1	NÚMERO DE ACTA	AS-017-2024-HRDLM.CH/CS-2
---	----------------	---------------------------

2	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b> <p>En, Chiclayo, a los 12 días del mes de diciembre del año 2024, en la sala de reuniones de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Docente Las Mercedes, a las 13:00 horas, se reunieron los integrantes del COMITÉ DE SELECCIÓN designados mediante Resolución Directoral N° 00846-2024-GR.LAMB/GERESA/HLM.CH/DE [515504298-15] encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 0017-2024-HRDLM.CH/CS-1., cuyo objeto de convocatoria es el "ADQUISICIÓN DE UN (01) ECOGRAFO DOPPLER COLOR PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL LAS MERCEDES – CHICLAYO", a fin de OTORGAR LA BUENA PRO.</p>
---	---

3

SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)					
El quorum necesario que exige la normativa de contratación del Estado se logró con la presencia de los siguientes miembros:					
Presidente	REQUELME PORTOCARRERO FRANK	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
		Suplente			
Primer Miembro	DIAFANOR PÉREZ VEGA	Titular	X	Dependencia:	UNIDAD DE LOGISTICA
		Suplente			
Segundo Miembro	CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS	Titular	X	Dependencia:	DIRECCIÓN/ADMINISTRACIÓN
		Suplente			

4	<b>OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO</b> <p>De acuerdo con los resultados de la calificación, el postor ganador de la buena pro es:</p> <table> <tr> <td>Nombre o razón social del postor ganador</td><td>Monto adjudicado</td></tr> <tr> <td>MEDICALAB SAC</td><td>344,500.00</td></tr> </table>	Nombre o razón social del postor ganador	Monto adjudicado	MEDICALAB SAC	344,500.00
Nombre o razón social del postor ganador	Monto adjudicado				
MEDICALAB SAC	344,500.00				

5	<b>BASE LEGAL</b> <p>Artículo 56 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado: "Luego de la calificación de las ofertas, el comité de selección debe otorgar la buena pro, mediante su publicación en el SEACE".</p>
---	--

6	<b>ACUERDO ADOPTADO</b> <p>Los integrantes del Comité de Selección, por UNANIMIDAD, otorgan la buena pro al postor mencionado en el numeral 4.</p>
---	---

7	<div> <div>REQUELME PORTOCARRERO FRANK PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN - TITULAR</div> <div>  </div> </div> <div> <div>  </div> <div>  </div> </div> <div> <div>PEREZ VEGA DIAFANOR PRIMER MIEMBRO - TITULAR</div> <div>CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS SEGUNDO MIEMBRO - TITULAR</div> </div>
---	---