

FORMATO N° 11

**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 | 001-2023-HRHVM-AS N 001 |
|----------|-----------------------|-------------------------|

| | |
|----------|--|
| 2 | SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL |
| | En, la ciudad de Huánuco, a los 21 días del mes de julio del año 2023, en el local del Hospital Regional Hermilio Valdizán, a las 12:00 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 001-2023-HRHVM/CS-01, cuyo objeto de convocatoria es "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTO GELATINA SUCCINILADA – 4G/100ML – INYECTABLE – 500ML; PARA PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN", a fin de acordar la fecha de convocatoria en el SEACE. a fin de efectuar la APERTURA DE SOBRES, 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 | Q.F. DEYVI JOEL ZANABRIA RAVICHAQUA | Titular | X | Dependencia: | DEPARTAMENTO DE FARMACIA |
| | | Suplente | | | |
| Primer Miembro | LIC. ESP. JUAN PERCY CHAVEZ RODRIGUEZ | Titular | | Dependencia: | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA |
| | | Suplente | X | | |
| Segundo Miembro | ECON. EDWIN ROJAS LIBERATO | Titular | X | Dependencia: | UNIDAD DE LOGISTICA |
| | | 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 | B.BRAUN MEDICAL PERU S.A. | 20377339461 |

5

| DETALLE DE LOS POSTORES | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------|----------------------|
| En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron a través del SEACE sus ofertas en sobre cerrado: | | | |
| N° | Nombre o razón social del postor | Fecha de presentación | Hora de presentación |
| 1 | B.BRAUN MEDICAL PERU S.A. | 20/07/2023 | 18:45:17 |

| | |
|----------|--|
| 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 funcionales y condiciones de las Especificaciones Técnicas previstas en las bases. |
|----------|--|

| | | | |
|---|-----|----------------------------------|---|
| 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: | | | |
| 7 | Nº | Nombre o razón social del postor | Consignar las razones para su no admisión |
| | 1 | | |
| | 2 | | |
| | ... | | |

| | | | |
|--|----|----------------------------------|---------------------------|
| DETALLE DE LAS OFERTAS 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: | | | |
| 8 | N° | Nombre o razón social del postor | Item(s) a los que postula |

FORMATO N° 11

**ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:
BIENES**

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

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| 1 | B.BRAUN MEDICAL PERU S.A. | 1 |
| 2 | | |
| ... | | |

| | | | |
|----------------------------------|--|---------------------|-------------------------|
| 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 | B.BRAUN MEDICAL PERU S.A. | 130,800.00 | 116.98 |
| 2 | | | |
| 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 que forma parte de la presente Acta. | | |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|-----------|
| PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES | | | |
| COMPLETAR EL DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE CADA POSTOR | | | |
| 10 | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1 | | |
| | FACTORES | | PUNTAJES |
| | PRECIO | | 50 puntos |
| | PLAZO DE ENTREGA | | 30 puntos |
| | SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES | | 80 puntos |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------|
| RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN | | | |
| De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente: | | | |
| 11 | N° DE ORDEN DE PRELACIÓN | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR | PUNTAJE TOTAL |
| | 1 | B.BRAUN MEDICAL PERU S.A. | 80 |
| | Nota.- En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación. | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------|
| CALIFICACIÓN | | | |
| Luego de culminada la evaluación, el COMITÉ DE SELECCIÓN determinó si el postor que obtuvo el primer lugar según el orden de prelación cumple con los requisitos de calificación detallados en las bases: | | | |
| 12 | 12.1 | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1 | B.BRAUN MEDICAL PERU S.A. |
| | | REQUISITOS DE CALIFICACIÓN | CUMPLE NO CUMPLE |
| | A | CAPACIDAD LEGAL | |
| | | HABILITACIÓN | X |
| | B | EXPERIENCIA DEL POSTOR | |
| | B.1 | FACTURACIÓN | X |
| RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN | | | CALIFICA |
| 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. | | | |
| 12.3 | DETALLE DE LA CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS | | |
| | La calificación de las ofertas se detalla en el cuadro de Calificación, según Anexo 1 que forma parte de la presente Acta. | | |


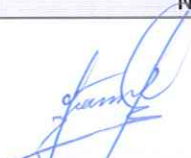
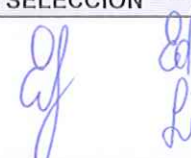
| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|

FORMATO N° 11

ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:
BIENES

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

| | | |
|----|---|--|
| 13 | De acuerdo a la calificación realizada, el siguiente postor que obtuvo el PRIMER lugar en orden de prelación, cumple los requisitos de calificación establecidos en las bases: | |
| | N° | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR |
| | 1 | B.BRAUN MEDICAL PERU S.A. |
| 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 a los cuadros de Evaluación de Ofertas y Calificación adjuntos que forman parte del Acta. | |

| | | |
|----|---|---|
| 15 |  NOMBRE Y FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN | |
| |  NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER MIEMBRO |  NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO MIEMBRO |
| | | |

EN EL CASO DE OFERTAS SUSTANCIALMENTE MENORES O QUE SUPEREN EL VALOR REFERENCIAL, INCLUIR EN LA PRESENTE ACTA LOS SUPUESTOS PREVISTOS EN LOS NUMERALES DEL [14] AL [21], SEGÚN CORRESPONDA:

| | | | | | |
|----|--|------------|-------|----|-------------------------|
| 16 | DATOS DE LA AMPLIACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE CRÉDITO PRESUPUESTARIO (CCP) | | | | |
| | Mediante Nota Informativa de fecha 21/07/2023, se solicitó a la Oficina de Presupuesto la ampliación de certificación de crédito presupuestario hasta por el monto de 16,584.00. | | | | |
| | Ampliación de CCP | Si | X | No | |
| | Fecha de la ampliación de CCP | 21/07/2023 | | | |
| 17 | DATOS DE LA APROBACIÓN DEL TITULAR DE LA ENTIDAD | | | | |
| | Aprobación del Titular de la Entidad | | | | |
| | Tipo y número del documento de aprobación | Tipo | Otros | N° | 001-2023-HRHVM-AS N 001 |
| | Fecha del documento de aprobación | 21/07/2023 | | | |

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:

| | | | |
|----|--|----------------------------------|-------------------------------|
| 18 | REDUCCIÓN DEL PRECIO DE LA OFERTA | | |
| | N° | Nombre o razón social del postor | Aceptó reducción de su oferta |
| | 1 | B.BRAUN MEDICAL PERU S.A. | Si X No |

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" Nivel II 2

Med. Pavel E. Quiñonez Benedetti
CMP 28399-RNE 16559
DIRECTOR EJECUTIVO

FORMATO N° 22

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

| | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|----------|---|---|
| 1 | NÚMERO DE ACTA | 001-2023-HRHVM-AS N 001 | | | |
| 2 | SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL En, la ciudad de Huánuco, a los 21 días del mes de julio del año 2023, en el local del Hospital Regional Hermilio Valdizán, a las 12:00 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 001-2023-HRHVM/CS-01, cuyo objeto de convocatoria es "ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTO GELATINA SUCCINILADA – 4G/100ML – INYECTABLE – 500ML; PARA PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN", a fin de OTORGAR LA BUENA PRO. | | | | |
| 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 | Q.F. DEYVI JOEL ZANABRIA RAVICHAQUA | Titular | X | Dependencia: DEPARTAMENTO DE FARMACIA |
| | | | Suplente | | |
| | Primer Miembro | LIC. ESP. JUAN PERCY CHAVEZ RODRIGUEZ | Titular | | Dependencia: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA |
| | | | Suplente | X | |
| | Segundo Miembro | ECON. EDWIN ROJAS LIBERATO | Titular | X | Dependencia: UNIDAD DE LOGISTICA |
| | | | Suplente | | |
| 4 | OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO De acuerdo con los resultados de la calificación, el postor ganador de la buena pro es: | | | | |
| | Nombre o razón social del postor ganador | | | | Monto adjudicado |
| | B.BRAUN MEDICAL PERU S.A. | | | | 128400.00 |
| 5 | BASE LEGAL 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". | | | | |
| 6 | ACUERDO ADOPTADO Los integrantes del COMITÉ DE SELECCIÓN, por UNANIMIDAD, otorgan la buena pro al postor mencionado en el numeral 4. | | | | |
| 7 | NOMBRE Y FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN | | | | |
| | NOMBRE Y FIRMA DEL PRIMER MIEMBRO | | | | |
| | NOMBRE Y FIRMA DEL SEGUNDO MIEMBRO | | | | |