




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	65																							
2	SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL El 23 de Agosto del 2023 se reunieron los integrantes del Comité de Selección designados mediante Resolución Administrativa N° 035 -2023 GRLL/GGR/GRS/IREN NORTE-DG-ADM, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de la Adjudicación Simplificada N° 007-2023 IREN NORTE, cuyo objeto de convocatoria es la CONTRATACION DEL SERVICIO DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA PARA EL IREN NORTE , 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:																								
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:20%;">Presidente</td> <td rowspan="2" style="width:30%;">MC. ROSA VIKELLY LUNA CASTAÑEDA</td> <td style="width:10%;">Titular</td> <td style="width:10%; text-align: center;">X</td> <td rowspan="2" style="width:10%;">Dependencia:</td> <td rowspan="2" style="width:30%;">DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Primer Miembro</td> <td rowspan="2">C.P.C. PATRICIA C. AGUILAR VERAU</td> <td>Titular</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td rowspan="2">Dependencia:</td> <td rowspan="2">UNIDAD DE LOGISTICA</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Segundo Miembro</td> <td rowspan="2">M.C. BERTHA AKEMY GONZALEZ</td> <td>Titular</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td rowspan="2">Dependencia:</td> <td rowspan="2">DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> </table>	Presidente	MC. ROSA VIKELLY LUNA CASTAÑEDA	Titular	X	Dependencia:	DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	Suplente		Primer Miembro	C.P.C. PATRICIA C. AGUILAR VERAU	Titular	X	Dependencia:	UNIDAD DE LOGISTICA	Suplente		Segundo Miembro	M.C. BERTHA AKEMY GONZALEZ	Titular	X	Dependencia:	DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	Suplente	
Presidente	MC. ROSA VIKELLY LUNA CASTAÑEDA			Titular	X			Dependencia:	DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA																
		Suplente																							
Primer Miembro	C.P.C. PATRICIA C. AGUILAR VERAU	Titular	X	Dependencia:	UNIDAD DE LOGISTICA																				
		Suplente																							
Segundo Miembro	M.C. BERTHA AKEMY GONZALEZ	Titular	X	Dependencia:	DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA																				
		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																							
	MEDCLINIC GROUP S.A.C.	ITEM N° 1: 92,394.00 ITEM N° 2: 277,182.00																							
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 Visto que la Admisión, Evaluación, Calificación de ofertas, con fecha 23 de Agosto los integrantes del Comité de Selección arriba mencionados, por unanimidad, otorgan la buena pro al postor adjudicado publicando las actas correspondientes.																								
7	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  C.P.C. Patricia C. Aguilar Verau PRIMER MIEMBRO Comité Especial Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Luis Pinillos Garzoza" – IREN NORTE </div> <div style="text-align: center;">  M.C. Rosa Vikelly Luna Castañeda PRESIDENTE Comité Especial Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Luis Pinillos Garzoza" – IREN NORTE </div> <div style="text-align: center;">  M.C. Bertha A. Gonzalez SEGUNDO MIEMBRO Comité Especial Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Luis Pinillos Garzoza" – IREN NORTE </div> </div>																								
	NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES																								

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)**

1 NÚMERO DE ACTA	64
-------------------------	----

2	SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL	<p>En, la ciudad de Trujillo, a los Veintidos días del mes de Agosto del año 2023, en el local de la Unidad de Logística del Iren Norte, a las 08.45 am horas, se reunieron los integrantes del Comité de Selección designados mediante Resolución Directoral N° 035-2023-GR-LL/GGR/GRS/ IREN NORTE-DG, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 007-2023 IREN NORTE , cuyo objeto de convocatoria es la CONTRATACION DEL SRVICIO DE AENCION MEDICA ESPECIALIZADA PARA EL IREN NORTE", 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)	<p>El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Presidente</td> <td style="width:30%;">MC. ROSA VIKELLY LUNA CASTAÑEDA</td> <td style="width:10%;">Titular</td> <td style="width:10%; text-align: center;">X</td> <td style="width:10%;">Dependencia:</td> <td style="width:20%;">DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Suplente</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Primer Miembro</td> <td>C.P.C. PATRICIA C. AGUILAR VERAU</td> <td>Titular</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td>Dependencia:</td> <td>UNIDAD DE LOGISTICA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Suplente</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Segundo Miembro</td> <td>M.C. BERTHA AKEMY GONZALEZ</td> <td>Titular</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td>Dependencia:</td> <td>DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Suplente</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Presidente	MC. ROSA VIKELLY LUNA CASTAÑEDA	Titular	X	Dependencia:	DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA			Suplente				Primer Miembro	C.P.C. PATRICIA C. AGUILAR VERAU	Titular	X	Dependencia:	UNIDAD DE LOGISTICA			Suplente				Segundo Miembro	M.C. BERTHA AKEMY GONZALEZ	Titular	X	Dependencia:	DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA			Suplente			
Presidente	MC. ROSA VIKELLY LUNA CASTAÑEDA	Titular	X	Dependencia:	DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA																																	
		Suplente																																				
Primer Miembro	C.P.C. PATRICIA C. AGUILAR VERAU	Titular	X	Dependencia:	UNIDAD DE LOGISTICA																																	
		Suplente																																				
Segundo Miembro	M.C. BERTHA AKEMY GONZALEZ	Titular	X	Dependencia:	DIRECCION DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA																																	
		Suplente																																				

4	DETALLE DE LOS PARTICIPANTES	<p>De acuerdo con el cronograma establecido en las bases, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:5%;">N°</th> <th style="width:60%;">Nombre o razón social del participante</th> <th style="width:35%;">RUC</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>MEDCLINIC GROUP S.A.C.</td> <td style="text-align: center;">20539735668</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>INVERSIONES GENERALES LAURA ROCA S.A.C.</td> <td style="text-align: center;">20605753907</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">...</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	N°	Nombre o razón social del participante	RUC	1	MEDCLINIC GROUP S.A.C.	20539735668	2	INVERSIONES GENERALES LAURA ROCA S.A.C.	20605753907	...		
N°	Nombre o razón social del participante	RUC												
1	MEDCLINIC GROUP S.A.C.	20539735668												
2	INVERSIONES GENERALES LAURA ROCA S.A.C.	20605753907												
...														

5	DETALLE DE LOS POSTORES	<p>En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron en la pagina del SEACE sus ofertas:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:5%;">N°</th> <th style="width:60%;">Nombre o razón social del postor</th> <th style="width:15%;">Fecha de presentación</th> <th style="width:20%;">Hora de presentación</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>MEDCLINIC GROUP S.A.C.</td> <td style="text-align: center;">21.08.23</td> <td style="text-align: center;">9:39</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación	1	MEDCLINIC GROUP S.A.C.	21.08.23	9:39	2			
N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación											
1	MEDCLINIC GROUP S.A.C.	21.08.23	9:39											
2														

6	<p>Acto seguido, se procede con la apertura del sistema 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.</p>
----------	--

7	DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS	<p>De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas no se admiten, por lo que no se les aplicará los factores de evaluación:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:5%;">N°</th> <th style="width:60%;">Nombre o razón social del postor</th> <th style="width:35%;">Consignar las razones para su no admisión</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones para su no admisión	1			2		
N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones para su no admisión									
1											
2											

8	DETALLE DE LAS OFERTAS QUE FUERON ADMITIDAS Y QUE PASAN A EVALUACIÓN
----------	---

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)**

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	MEDCLINIC GROUP S.A.C.	1,2
2		

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	MEDCLINIC GROUP S.A.C.	Item N°1; 92,394.00 Item N°2: 277,182.00	100%

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 02 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	MEDCLINIC GROUP S.A.C.
	FACTORES	PUNTAJES
	PRECIO	100 puntos
	SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES	100 puntos

11 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

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

N° DE ORDEN DE PRELACIÓN	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR	PUNTAJE TOTAL
1	MEDCLINIC GROUP S.A.C.	100

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:

12.1	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1			
	REQUISITOS DE CALIFICACIÓN		CUMPLE ITEM N° 1,2	NO CUMPLE
	A	CAPACIDAD LEGAL		
	A.2	HABILITACIÓN	X	
	B	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL		
	B.1	FORMACION ACADEMICA	X	
	B.2	CAPACITACION	X	
	B.3	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE	X	
	C	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
	C.1	FACTURACIÓN	X	
	RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN			

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)

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 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 en orden de prelación, cumple los requisitos de calificación establecidos en las bases:

N°	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR
1	MEDCLINIC GROUP S.A.C.

DE SER EL CASO INCLUIR:

Asimismo, los siguientes postores fueron descalificados por no cumplir los requisitos de calificación especificados en las bases:

N°	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR	CONSIGNAR LAS RAZONES DE SU DESCALIFICACIÓN
1		


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


C.P.C. Patricia C. Aguilar Vereau
PRIMER MIEMBRO
 Comité Especial
 Instituto Regional de Enfermedades
 Neoplásicas
 "Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE


M.C. Rosa Vikelly Luna Castañeda
PRESIDENTE
 Comité Especial
 Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
 "Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE


M.C. Bertha A. González SEGUNDO
MIEMBRO
 Comité Especial
 Instituto Regional de Enfermedades
 Neoplásicas
 "Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE

NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES

ANEXO N° 01

AS N° 007-2023-IREN NORTE -PRIMERA CONVOCATORIA


"CONTRATACION DEL SERVICIO DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA PARA EL IREN NORTE "

CUADRO DE ADMISION

ACREDITACIÓN	MEDCLINIC S.A.C. 20539735668	
	ITEM N°1	ITEM N°2
Declaración Jurada de datos del postor. Anexo N° 01.	SI	SI
Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta. En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto. En caso de persona natural, copia del documento nacional de Identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda. En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.	SI	SI
Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2)	SI	SI
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)	SI	SI
Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. (Anexo N° 4)	SI	SI
Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 5)	NO APLICA	NO APLICA
El precio de la oferta en Soles. Adjuntar obligatoriamente en (Anexo N° 6) El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. Los precios unitarios pueden ser expresados con más de dos (2) decimales.	SI	SI


C.P.C. Patricia C. Aguilar Vereau
PRIMER MIEMBRO
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades
Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE


M.C. Rosa Yikelly Luna Castañeda
PRESIDENTE
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades
Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE


M.C. Bertha Akeny Gonzalez
SEGUNDO MIEMBRO
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE

ANEXO N°2


CUADRO DE EVALUACION


AS N° 014-2021-IREN NORTE - PRIMERA CONVOCATORIA

**"CONTRATACION DEL SERVICIO DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA PARA
EL IREN NORTE "**

RESUMEN DE EVALUACION DE PROPUESTAS TECNICAS:

	ITEM N° 01	ITEM N° 02
FACTORES DE EVALUACION (Maximo 92 puntos)	MEDCLINIC GROUP S.A.C.	
	20539735668	
A. PRECIO (Máximo 100.00 puntos)	S/. 92,394.00	S/. 277,182.00
TOTAL	100 PUNTOS	100 PUNTOS
ORDEN DE PRELACION	1	


C.P.C. Patricia C. Aguilar Vereau
PRIMER MIEMBRO
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE


M.C. Rosa Vikelly Luna Castañeda
PRESIDENTE
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades
Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE


M.C. Bertha A. Gonzalez
SEGUNDO MIEMBRO
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades
Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE

ANEXO N° 3


CUADRO DE CALIFICACION

AS N° 007-2023-IREN NORTE -PRIMERA CONVOCATORIA**"CONTRATACION DEL SERVICIO DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA PARA EL IREN NORTE "**

		MEDCLINIC GROUP S.A.C.	
ACREDITACIÓN		ITEM N° 1	ITEM N° 2
A. CAPACIDAD LEGAL			
Requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • Inscripción en Registros Públicos, de ser persona jurídica. • Inscripción vigente en el Registro Nacional de Empresas y Entidades que realizan actividades de intermediación laboral – RENEEL. En dicha constancia se deben detallar las actividades de objeto de la convocatoria. Acreditación: <ul style="list-style-type: none"> • Copia simple de Ficha registral del Postor por ser persona jurídica. • Copia de la solicitud de inscripción en el Registro Nacional de Empresas y Entidades que realizan actividades de intermediación laboral - RENEEL expedida por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. 		SI	SI
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL			
B.1 CALIFICACIONES DEL PERSONAL CLAVE			
B.1.1 FORMACION ACADEMICA			
Requisitos: <p>ITEM N°01</p> <ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional Universitario de Médico Cirujano • Médico Cirujano con Colegiatura • RNE en Medicina Intensivista o Medicina Crítica (Modalidad Escolarizada) • Constancia de Habilidad profesional vigente. Acreditación: <ul style="list-style-type: none"> • El Título profesional será verificado por el OEC o Comité de Selección, según corresponda, en el Registro Nacional de Grados Académicos y Títulos profesionales en el portal web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria-SUNEDU a través del siguiente link: https://enlinea.sunedu.gob.pe/, o en el Registro Nacional de Certificados, Grados y Títulos a cargo del Ministerio de Educación a través del siguiente link : http://www.titulosinstitutos.pe/, según corresponda. • Copia del Registro de Colegiatura • Copia Simple de la Constancia de la Especialidad • Copia simple del CMP de cada médico especialista. <p>ITEM N° 02</p> <p>B.1.1 FORMACION ACADEMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional Universitario de Médico Cirujano • Médico Cirujano con Colegiatura • RNE en Medicina Internista (Modalidad Escolarizada) • Constancia de Habilidad profesional vigente. Acreditación: <ul style="list-style-type: none"> • El Título profesional será verificado por el OEC o Comité de Selección, según corresponda, en el Registro Nacional de Grados Académicos y Títulos profesionales en el portal web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria-SUNEDU a través del siguiente link: https://enlinea.sunedu.gob.pe/, o en el Registro Nacional de Certificados, Grados y Títulos a cargo del Ministerio de Educación a través del siguiente link : http://www.titulosinstitutos.pe/, según corresponda. • Copia del Registro de Colegiatura • Copia Simple de la Constancia de la Especialidad • Copia simple del CMP de cada médico especialista propuesto vigente. <p>En caso EL GRADO O TÍTULO PROFESIONAL REQUERIDO no se encuentre inscrito en el referido registro, el postor debe presentar la copia del diploma respectivo a fin de acreditar la formación académica requerida.</p>		SI	SI(1)
B.3.2 CAPACITACION			

Requisitos: ITEM N° 01 Y ITEM N° 02 <ul style="list-style-type: none"> Capacitación acreditada con un máximo de 120 horas lectivas, en cursos, seminarios, congresos, diplomados, ponencias u otras actividades académicas similares, relacionadas al servicio brindado en las diferentes especialidades médicas (Medicina Interna, Medicina Intensiva, Terapéutica, Urgencias y Emergencias u otros afines) durante los últimos 05 años. Acreditación: <ul style="list-style-type: none"> Copia simple de constancias, certificados o cualquier otra documentación que de manera fehaciente demuestre la Capacitación del personal propuesto. 	SI	SI
B.2 EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE		
Requisitos: ITEM N° 01 Y ITEM N° 02 <ul style="list-style-type: none"> Contar con Experiencia profesional mínima de tres (03) años, en Establecimientos de Salud o Institutos Especializados con Nivel de Categoría II a más (MINSA - EsSalud) o Clínicas, Policlínicos Privados (en los ítems a los que postula), del personal clave requerido como Medico Internista, Intensivista, emergencia, Cardiología. 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	SI
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
Requisitos: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a: ITEM N°01 S/. 277,000.00 (Doscientos Setenta y Siete mil con 00/100 Soles) ITEM N° 02: S/. 830,000.00 (Ochocientos Treinta mil con 00/100 Soles) por la contratación de servicios 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 : ITEM N°01: S/. 23,000.00 (Veinte y Tres mil con 00/100 Soles) ITEM N°02: S/. 69,000.00 (Sesenta y Nueve mil con 00/100 Soles) por la venta de servicios 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 servicios similares a los siguientes: Servicio de atención médica brindada en emergencia, cardiología, internista e intensivista. 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 contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.	SI	SI


(1) De la revisión de la formación académica referido al ítem N° 2, este Comité de Selección manifiesta que ante la documentación presentada por el postor MEDCLINIC GROUP S.A.C., se evidencia que no adjunta la habilidad profesional del profesional médico propuesto Rodríguez Benites, Arnold Frank (médico Internista); este Comité asume que el proveedor cuenta con dicho documento el cual deberá ser parte de los requisitos para firma de contrato (dicho documento tendrá fecha anterior a la presentación de la oferta), toda vez que fué el único postor que presentó oferta en la página del SEACE.



C.P.C. Patricia C. Aguilar Vereau
PRIMER MIEMBRO
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades
Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE



M.C. Rosa Vikelly Luna Castañeda
PRESIDENTE
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE



M.C. Bertila Akemy Gonzalez
SEGUNDO MIEMBRO
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE

C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a:

ÍTEM N°01: S/. 277,000.00 (Dieciséis mil y Siete mil con 00/100 Soles)

ÍTEM N° 02: S/. 830,000.00 (Ochocientos Treinta mil con 00/100 Soles)

por la contratación de servicios 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

ÍTEM N°01: S/. 23,000.00 (Veinte y Tres mil con 00/100 Soles)

ÍTEM N°02: S/. 69,000.00 (Sesenta y Nueve mil con 00/100 Soles)

por la venta de servicios 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 servicios similares a los siguientes: Servicio de atención médica brindada en emergencia, cardiología, internista e intensivista.

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 contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad

MEDCLINIC GROUP S.A.C. ÍTEM N° 01


DOCUMENTACION (Contratos, Comprobantes de pago)	IMPORTE	C/CONSTANCIA
CONTRATO N°011-2017-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 272,520.00	SI
CONTRATO N°017-2013-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 40,440.00 (1)	SI
CONTRATO N°018-2013-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 121,320.00 (1)	SI
CONTRATO N°019-2014-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 68,130.00 (1)	SI
CONTRATO N°021-2013-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 40,440.00 (1)	SI
CONTRATO N°035-2014-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 22,710.00 (1)	SI
CONTRATO N°038-2014-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 23,202.00 (1)	SI
CONTRATO N°039-2014-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 22,710.00 (1)	SI
CONTRATO N°025-2015-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 34,065.00	SI
CONTRATO N°001-2016-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 68,130.00	SI
CONTRATO N°008-2016-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 85,162.50	SI
ADENDA AL CONTRATO N°011-2017 IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 34,065.00	SI
CONTRATO N°002-2019-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 285,696.00	SI
ADENDA AL CONTRATO N°002-2019-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 71,424.00	SI
CONTRATO N°010-2020-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 162,000.00	SI
CONTRATO N°012-2020-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 162,000.00	SI
CONTRATO N°004-2022-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 340,200.00	SI
TOTAL	S/. 1,515,262.50	


(1) De la revisión de la Experiencia del Postor, este Comité de Selección manifiesta que ante los documentos presentados por el postor MEDCLINIC GROUP S.A.C. los contratos referidos al año 2013 Y 2014 no se tomaran en cuenta para validar la experiencia del postor ya que han sobrepasado el tiempo para su validación (mayor a 8 años).

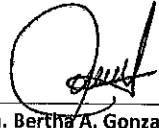
MEDCLINIC GROUP S.A.C. ÍTEM N° 02

DOCUMENTACION (Contratos, Comprobantes de pago)	IMPORTE	C/CONSTANCIA
CONTRATO N°011-2017-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 272,520.00	SI
CONTRATO N°017-2013-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 40,440.00 (1)	SI
CONTRATO N°018-2013-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 121,320.00 (1)	SI
CONTRATO N°019-2014-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 68,130.00 (1)	SI
CONTRATO N°021-2013-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 40,440.00 (1)	SI
CONTRATO N°035-2014-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 22,710.00 (1)	SI
CONTRATO N°038-2014-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 23,202.00 (1)	SI
CONTRATO N°039-2014-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 22,710.00 (1)	SI
CONTRATO N°025-2015-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 34,065.00	SI
CONTRATO N°001-2016-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 68,130.00	SI
CONTRATO N°008-2016-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 85,162.50	SI
ADENDA AL CONTRATO N°011-2017 IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 34,065.00	SI
CONTRATO N°002-2019-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 285,696.00	SI
ADENDA AL CONTRATO N°002-2019-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 71,424.00	SI
CONTRATO N°010-2020-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 162,000.00	SI
CONTRATO N°012-2020-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 162,000.00	SI
CONTRATO N°004-2022-IREN NORTE-DE/LOGISTICA	S/. 340,200.00	SI
TOTAL	S/. 1,515,262.50	

(1) De la revisión de la Experiencia del Postor, este Comité de Selección manifiesta que ante los documentos presentados por el postor MEDCLINIC GROUP S.A.C. los contratos referidos al año 2013 y 2014 no se tomaran en cuenta para validar la experiencia del postor ya que han sobrepasado el tiempo para su validación (mayor a 8 años).


C.P.C. Patricia Catherine Aguilar Vereau
MIEMBRO
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE


M.C. Rosa Vikely Luna Castañeda
PRESIDENTE
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE


Dra. Bertha A. Gonzales Castro
MIEMBRO
Comité de Selección
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
"Luis Pinillos Ganoza" – IREN NORTE

