

<b>FORMATO N° 11</b> <b>ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:</b> <b>BIENES</b>					
<b>1 NÚMERO DE ACTA</b>	<b>3 - 2024 - COMITÉ DE SELECCIÓN - AS - 9 - 2024 - 1</b>				
<b>2 SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b>					
<p>En, las instalaciones del Hospital San Juan de Lurigancho, a los 12 días del mes de Julio del año 2024, en el local de la Unidad de Logisitca, a las 9:30 horas, se reunieron los integrantes del Comite de Seleccion designados mediante MEMORANDO N° 967-2024-OAD-DE-HSJL-DIRIS LC MINSA , encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 09-2024 - HSJL- 1 , cuyo objeto de convocatoria es "Adquisición de Líneas de Infusión Con Bureta para Bomba de Infusión y Líneas de Infusión Sin Bureta para Bomba de infusión" a fin de efectuar la EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS admitidas y CALIFICACIÓN de la oferta correspondiente según orden de prelación.</p>					
<b>3 SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)</b>					
El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros:					
Presidente	Selene Katuska Ubillus Rios	Titular	X	Dependencia:	Departamento de Farmacia
		Suplente			
Primer Miembro	Sara Mercedes Caccha Colonia	Titular		Dependencia:	Departamento de Enfermeria
		Suplente	X		
Segundo Miembro	Smith Anderson Diaz Trinidad	Titular	X	Dependencia:	Unidad de Logistica
		Suplente			
<b>4 DETALLE DE LOS PARTICIPANTES</b>					
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			
2	MEDICAL ISVIL S.A.C.	20544150104			
<b>5 DETALLE DE LOS POSTORES</b>					
En el día y horario señalado en las bases del Proceso, los siguientes postores presentaron a traves del SEACE sus ofertas electronicas:					
N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación		
1	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	2/07/2024	18:33:05		
<b>6</b> 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.					
<b>7 DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS</b>					
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					
2					
<b>8 DETALLE DE LAS OFERTAS ADMITIDAS Y QUE PASAN A EVALUACIÓN</b>					
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	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	1			
<b>9 EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS</b>					
<b>9.1 DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA</b>					
N°	Nombre o razón social del postor	Precio de su oferta	% del valor referencial		
2	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	S/. 122,290.00	96.07		
<b>9.2 DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS EN CONCORDANCIA CON LOS FACTORES DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS EN LAS BASES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN</b>					
La evaluación de las ofertas se detalla en el cuadro de Evaluación de Ofertas, según Anexo .... que forma parte de la presente Acta.					

<b>FORMATO N° 11</b> <b>ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:</b> <b>BIENES</b>																																						
<b>10</b>	<b>PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES</b> COMPLETAR EL DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE CADA POSTOR																																					
10.1	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>		B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.																																			
	<b>FACTORES</b>		<b>PUNTAJES</b>																																			
	PRECIO		100																																			
	SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES		100																																			
<b>11</b>	<b>RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN</b> De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente:																																					
	<b>N° DE ORDEN DE PRELACIÓN</b>	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR</b>	<b>PUNTAJE TOTAL</b>																																			
	1	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	100.00																																			
	Nota.- En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación.																																					
<b>12</b>	<b>CALIFICACIÓN</b> Luego de culminada la evaluación, el COMITÉ DE SELECCION 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	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>		B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.																																			
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>CUMPLE</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>NO CUMPLE</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>A</b></td> <td colspan="3"><b>CAPACIDAD LEGAL</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A.1</td> <td colspan="3">REPRESENTACIÓN</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A.2</td> <td colspan="3">HABILITACIÓN</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td colspan="3"><b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B.1</td> <td colspan="3">FACTURACIÓN</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b></td> <td style="text-align: center;"><b>SI CUMPLE</b></td> </tr> </table>				<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>				A.1	REPRESENTACIÓN			X	A.2	HABILITACIÓN			X	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>				B.1	FACTURACIÓN			X	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>				<b>SI CUMPLE</b>
			<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>																																		
<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>																																					
A.1	REPRESENTACIÓN			X																																		
A.2	HABILITACIÓN			X																																		
<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>																																					
B.1	FACTURACIÓN			X																																		
<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>				<b>SI CUMPLE</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>	-----																																			
12.3	<b>DETALLE DE LA CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS</b> La calificación de las ofertas se detalla en el cuadro de Calificación, según Anexo 1, 2, 3, 4 y 5 que forma parte de la presente Acta.																																					
<b>13</b>	<b>RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN</b> 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:																																					
	<b>N°</b>	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR</b>																																				
	1	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.																																				
	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																																					
	2																																					
	...																																					
<b>14</b>	<b>ACUERDO ADOPTADO</b>																																					

FORMATO Nº 11

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

Los integrantes del COMITE DE SELECCION, 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.

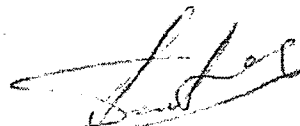
15



Sara Mercedes Caccha Colonia  
Primer Miembro Suplente



Selene Katuska Ubillus Rios  
Presidente



Smith Anderson Diaz Trinidad  
Segundo Miembro Titular

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

ANEXO 1

PROVEEDORES INSCRITOS EN LA AS-SM-09-2024-HSJL-1

N°	RUC/Código	Nombre o Razón Social	Fecha de registro en el procedimiento	Estado	Fecha de registro	Usuario de Registro
1	20377339461	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	2/07/2024	Válido	2/07/2024	20377339461
2	20544150104	MEDICAL ISVIL S.A.C.	8/07/2024	Válido	8/07/2024	20544150104
3						
4						
5						

ANEXO 2

DETALLES DE LAS OFERTAS PRESENTADAS EN EL SEACE

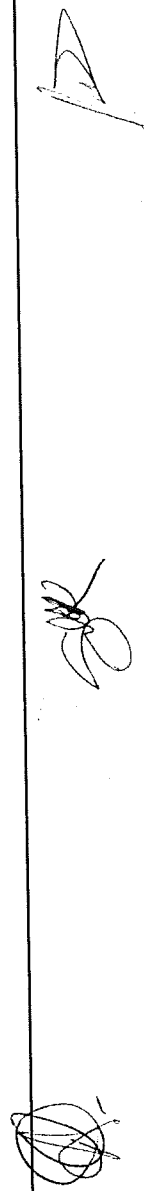
Nro.	Nitc (cotizador)	Nombre de Razón Social	Monto ofertado	Fecha de registro	Horario de registro	Usuario
1	20377339461	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	S/ 122,290.00	27/06/2024	18:33:05	20377339461

ORDEN DE PRELACION DE MENOR PRECIO A MAYOR

Nro.	Nitc (cotizador)	Nombre de Razón Social	Monto ofertado	Fecha de registro
1	20377339461	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	S/ 122,290.00	10,190.83



DOCUMENTO DE LA ADMISION DE LA OFERTA	
1	
B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	
REQUISITOS	
<p>a) Declaración jurada de datos del postor. (Anexo Nº 1)</p> <p>b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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.</p> <p>c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo Nº 2)</p> <p>d) Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenidas en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (Anexo Nº 3)</p> <p>e) Declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo Nº 4)</p> <p>f) 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 Nº 5)</p> <p>g) El precio de la oferta en SOLES Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 6.</p> <p>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.</p> <p>h) Documentación adicional que servirá para acreditar el cumplimiento de las Especificaciones Técnicas:</p> <p>e.1) Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) (Copia simple), de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de las Bases.</p> <p>e.2) Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (CBPM) del fabricante (Copia simple), de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de las Bases. (de corresponder).</p>	<p>SI CUMPLE (FOLIO 1-4)</p> <p>SI CUMPLE (FOLIO 5)</p> <p>SI CUMPLE (FOLIO 6 )</p> <p>SI CUMPLE (FOLIO 7 )</p> <p>NO CORRESPONDE</p> <p>SI CUMPLE (FOLIO 8 )</p> <p>SI CUMPLE (FOLIO 6L)</p> <p>SI CUMPLE (FOLIO 42 -46 / 55 - 59)</p>



e.3) Certificado de Análisis del Producto Farmacéutico (Protocolo de Análisis) (copia simple), de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de las Bases.	SI CUMPLE (FOLIO 40,41 / 52,53)
e.4) Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario (Copia Simple), de conformidad con lo establecido en el Capítulo III de las Bases.	SI CUMPLE (FOLIO 35,36 / 50,51)
<p>i) Brochures o catálogos o folletería o instructivos (copia simple u original)</p> <p>Adicionalmente a la Declaración Jurada del Cumplimiento de las Especificaciones Técnicas, el postor adjuntará copia simple u original de brochures o catálogos o folletos o instructivos, para acreditar el cumplimiento de las especificaciones y/o características sustanciales o esenciales del bien requerido.</p> <p>Para los literales descritos anteriormente, aplica lo siguiente:</p> <p>En caso que un documento técnico se presente en idioma distinto al español, deberá presentar copia simple de la traducción efectuada por traductor público juramentado o traductor colegiado certificado, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. SALVO EL CASO DE INFORMACIÓN TÉCNICA COMPLEMENTARIA CONTENIDA EN FOLLETOS, INSTRUCTIVOS, CATÁLOGOS, O SIMILARES QUE PUEDA SER PRESENTADA EN EL IDIOMA ORIGINAL.</p> <p>Es así que deberán de señalar de manera clara y legible dentro de los documentos técnicos sustentatorios, cada una de las especificaciones técnicas mínimas solicitadas por la Entidad, las mismas que serán tomadas en cuenta para la evaluación respectiva.</p>	SI CUMPLE (FOLIO 19 - 34 / 49)
MARCA Y/O TIPO DE PRODUCTO Y/O REACTIVO	ALEMANNA

ADMITIDA

S/. 10,190.83

S/. 122,290.00

ADMISION / NO ADMITIDA

COSTO MENSUAL

TOTAL

ORDEN DE PRELACION

1

S/ 122,290.00

## REQUISITOS DE CALIFICACION - AS-SM-09-2024-HSJL-1

ORDEN DE PRELACION			1	
A. CAPACIDAD LEGAL				
A	CAPACIDAD LEGAL	REQUISITO	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	
A.1	HABILITACIÓN	<p>Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico, Documento emitido por la ANM o por la Autoridad Regional de Salud (ARS), de acuerdo a lo establecido en el artículo 17° del D.S. 014-2011-SA y su primera disposición Complementaria Transitoria.; debiendo adjuntar las resoluciones de los cambios y/o modificaciones realizadas en el establecimiento Farmacéutico según corresponda.</p> <p>Obligatorio para todas las empresas que se presenten en consorcio, salvo el caso de ser empresa extranjera no instalada en el territorio nacional.</p>	SI CUMPLE (FOLIO 10,11)	
		Acreditación: Copia de Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento Farmacéutico		
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD				
C.1	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	<p>REQUISITO</p> <p>Requisitos:</p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 150,000.00 (Ciento cincuenta mil 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.</p> <p>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/ 37,500.00 (Treinta y siete 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 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.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes: Líneas de Infusión en General</p>	<p>B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.</p> <p>Acreditación:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En el caso de suministro, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se centrará al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de compra o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de compra o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.</p>	SI CUMPLE (FOLIO 65 - 79)



ANEXO 5

ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 09-2024-HSJL-1.-"Adquisición de Líneas de Infusión Con Bureta para Bomba de Infusión Sin Bureta para Bomba de Infusión"

VALOR ESTIMADO : S/. 127,298.00  
PRECIO MAS BAJO : S/. 122,290.00

EVALUACION														
N°	POSTORES	OFERTA S/	FACTOR DE EVALUACIÓN				PUNTAJE OBTENIDO	BONIFICACIONES			PUNTAJE FINAL	ORDEN DE PRELACIÓN	OBSERVACIONES	CALIFICADO SI / NO
			A. PUNTAJE DE LA OFERTA 100 PUNTOS	B. PUNTAJE MEJORES A LOS TERMINOS DE REFERENCIA 0 PUNTOS	C. PUNTAJE SISTEMA GESTION DE LA CALIDAD 0 PUNTOS	BONIFICACIÓN DEL 10% POR SERVICIOS EJECUTADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE LIMA Y CALLAO		SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA						
1	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	S/ 122,290.00	100.00				100.00			0.00	100.00	1	DENTRO DEL VR	SI