

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	004-2024-AS16
-------------------------	---------------

2	SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL	<p>En la ciudad de Concepción, el día 30 del mes de mayo del año 2024 sen las instalaciones de la sala de reuniones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplasicas del Centro, a las 10:30 horas, se reunieron los miembros del comité de selección designados mediante MEMORANDO N°268-2024-GRJ/DIRES/IREN CENTRO/OEA de fecha 09 de mayo de 2024, encargados de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de Adjudicación Simplificada N° 016-2024-GRJ-IREN-CS-1, cuyo objeto de convocatoria es la ADQUISICION DE LINEAS PARA BOMBA DE INFUSION CON FILTRO DE 0.2 um PARA EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS", a fin de efectuar la APERTURA DE OFERTAS ELECTRÓNICAS para la 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%;"> <tr> <td rowspan="2">Presidente</td> <td rowspan="2">ANDREA VICTORIA ORIHUELA ARROYO</td> <td>Titular</td> <td align="center">X</td> <td rowspan="2">Dependencia:</td> <td rowspan="2">DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Primer Miembro</td> <td rowspan="2">NATALI HUATUCO ORELLANA</td> <td>Titular</td> <td align="center">X</td> <td rowspan="2">Dependencia:</td> <td rowspan="2">DEPARTAMENTO DE FARMACIA</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Segundo Miembro</td> <td rowspan="2">JIM RICHARD CASTRO CANCHO</td> <td>Titular</td> <td align="center">X</td> <td rowspan="2">Dependencia:</td> <td rowspan="2">OFICINA DE ABASTECIMIENTO</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> </table>	Presidente	ANDREA VICTORIA ORIHUELA ARROYO	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	Suplente		Primer Miembro	NATALI HUATUCO ORELLANA	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE FARMACIA	Suplente		Segundo Miembro	JIM RICHARD CASTRO CANCHO	Titular	X	Dependencia:	OFICINA DE ABASTECIMIENTO	Suplente	
Presidente	ANDREA VICTORIA ORIHUELA ARROYO	Titular			X	Dependencia:			DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA																	
		Suplente																								
Primer Miembro	NATALI HUATUCO ORELLANA	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE FARMACIA																					
		Suplente																								
Segundo Miembro	JIM RICHARD CASTRO CANCHO	Titular	X	Dependencia:	OFICINA DE ABASTECIMIENTO																					
		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%;"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>Nombre o razón social del participante</th> <th>RUC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">FRESENIUS KABI PERU S.A.</td> <td align="center">20381450377</td> </tr> <tr> <td align="center">2</td> <td align="center">ICU MEDICAL PERU S.R.L.</td> <td align="center">20537758377</td> </tr> <tr> <td align="center">3</td> <td align="center">INVERSIONES GENERALES LAURA ROCA S.A.C.</td> <td align="center">20605753907</td> </tr> <tr> <td align="center">4</td> <td align="center">INVERSIONES Y EDIFICACIONES JYR S.A.C.</td> <td align="center">20609931311</td> </tr> <tr> <td align="center">5</td> <td align="center">ALLENDE CONTRATISTAS E.I.R.L.</td> <td align="center">20611172461</td> </tr> <tr> <td align="center">6</td> <td align="center">TVT QONTRATISTAS E.I.R.L.</td> <td align="center">20611499591</td> </tr> <tr> <td align="center">7</td> <td align="center">ARMA CONTRATISTAS E.I.R.L.</td> <td align="center">20611688491</td> </tr> </tbody> </table>	N°	Nombre o razón social del participante	RUC	1	FRESENIUS KABI PERU S.A.	20381450377	2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	20537758377	3	INVERSIONES GENERALES LAURA ROCA S.A.C.	20605753907	4	INVERSIONES Y EDIFICACIONES JYR S.A.C.	20609931311	5	ALLENDE CONTRATISTAS E.I.R.L.	20611172461	6	TVT QONTRATISTAS E.I.R.L.	20611499591	7	ARMA CONTRATISTAS E.I.R.L.	20611688491
N°	Nombre o razón social del participante	RUC																								
1	FRESENIUS KABI PERU S.A.	20381450377																								
2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	20537758377																								
3	INVERSIONES GENERALES LAURA ROCA S.A.C.	20605753907																								
4	INVERSIONES Y EDIFICACIONES JYR S.A.C.	20609931311																								
5	ALLENDE CONTRATISTAS E.I.R.L.	20611172461																								
6	TVT QONTRATISTAS E.I.R.L.	20611499591																								
7	ARMA CONTRATISTAS E.I.R.L.	20611688491																								

5	DETALLE DE LOS POSTORES	<p>En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron sus ofertas electrónicas a través del SEACE:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>Nombre o razón social del postor</th> <th>Fecha de presentación</th> <th>Hora de presentación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td align="center">FRESENIUS KABI PERU S.A.</td> <td align="center">29/05/2024</td> <td align="center">17:35:38</td> </tr> <tr> <td align="center">2</td> <td align="center">ICU MEDICAL PERU S.R.L.</td> <td align="center">29/05/2024</td> <td align="center">16:44:56</td> </tr> </tbody> </table>	N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación	1	FRESENIUS KABI PERU S.A.	29/05/2024	17:35:38	2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	29/05/2024	16:44:56
N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación											
1	FRESENIUS KABI PERU S.A.	29/05/2024	17:35:38											
2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	29/05/2024	16:44:56											

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

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:

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)**

N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones para su no admisión
1	FRESENIUS KABI PERU S.A.	SEGÚN ANEXO 01 - ANEXO 04
2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	SEGÚN ANEXO 01 - ANEXO 04

8 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:

N°	Nombre o razón social del postor	Item(s) a los que postula
1	FRESENIUS KABI PERU S.A.	ITEM PAQUETE N°1
2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	ITEM PAQUETE N°1

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	FRESENIUS KABI PERU S.A.	117,000.00	90.70%
2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	134,520.00	104.28%

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 01, Anexo 04 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	FRESENIUS KABI PERU S.A.	
	FACTORES		PUNTAJES
	PRECIO		100
	PLAZO DE ENTREGA		..... puntos
	SOSTENIBILIDAD SOCIAL		..... puntos
	GARANTÍA COMERCIAL DEL POSTOR		..... puntos
	DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS		..... puntos
	CAPACITACIÓN DE PERSONAL		..... puntos
	MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS		..... puntos
	SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES		100
10.2	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	
	FACTORES		PUNTAJES
	PRECIO		86.98
	PLAZO DE ENTREGA		..... puntos
	SOSTENIBILIDAD SOCIAL		..... puntos
	GARANTÍA COMERCIAL DEL POSTOR		..... puntos
	DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS		..... puntos
	CAPACITACIÓN DE PERSONAL		..... puntos
	MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS		..... puntos
	SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES		86.98

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)**

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
	1	FRESENIUS KABI PERU S.A.
	2	ICU MEDICAL PERU S.R.L.
Nota.- En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación. Anexo 02		

12	CALIFICACIÓN	
	Luego de culminada la evaluación, el COMITÉ DE SELECCIÓN determinó que el postor cumple con lo solicitado en las bases integradas lugar según el orden de prelación cumple con los requisitos de calificación detallados en las bases: SEGÚN ANEXO 03	
	12.1	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1
	FRESENIUS KABI PERU S.A.	
	REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	
	A	CAPACIDAD LEGAL
	A	HABILITACIÓN
	B	EXPERIENCIA DEL POSTOR
	B	FACTURACIÓN
	RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN	
	CUMPLE	
	12.2	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2
	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	
	REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	
	A	CAPACIDAD LEGAL
A	HABILITACIÓN	
B	EXPERIENCIA DEL POSTOR	
B	FACTURACIÓN	
RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN		
CUMPLE		

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 SI ES QUE HUBIERA, SEGÚN EL ORDEN DE PRELACIÓN OBTENIDO EN LA EVALUACIÓN.

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	FRESENIUS KABI 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:	
	N°	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR
	1	
	2	
	...	

14	ACUERDO ADOPTADO
----	-------------------------

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)**

Siendo las 16:50 horas del día 11 de abril de 2024, los integrantes del Comité de Selección, por UNANIMIDAD, dan aprobadas los resultados de la evaluación de las ofertas y calificación, de acuerdo con el análisis efectuado y a los anexos correspondientes a la evaluación de las ofertas y calificación adjuntos que forma parte de la PRESENTE ACTA.
Se procede a **DECLARAR BUENA PRO** del presente procedimiento de selección

15

COMITÉ DE SELECCIÓN
IREN - CENTRO



NATALI YANELA HUATUCO ORELLANA
Miembro Titular

COMITÉ DE SELECCIÓN
IREN - CENTRO



ANDREA VICTORIA ORIHUELA ARROYO
Presidente

COMITÉ DE SELECCIÓN
IREN - CENTRO



JIM RICHARD CASTRO CANCHO
Miembro Titular

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



INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - IREN CENTRO



Adjudicación Simplificada N° 016-2024-GRJ-IREN-CS-1

ADQUISICION DE LINEAS PARA BOMBA DE INFUSION CON FILTRO DE 0.2 um PARA EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

ANEXO N° 001 - ADMISION DE OFERTAS

LISTA DE POSTORES	
Pr. 01	FRESENIUS KABI PERU S.A.
Pr. 02	ICU MEDICAL PERU S.R.L.

DOCUMENTOS DE PRESENTACION OBLIGATORIA - OFERTA TÉCNICA

2.2.1.1. DOCUMENTOS PARA LA ADMISIÓN DE LA OFERTA:		Pr. 01	Pr. 02
		FRESENIUS KABI PERU S.A.	CU MEDICAL PERU S.R.L.
a)	Declaración jurada de datos del postor (Anexo N°1)	SI	SI
b)	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
c)	Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2)	SI	SI
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)	SI	SI
e)	Copia simple de la resolución direccional de autorizaciones sanitarias de funcionamiento a nombre del postor y de sus cambios otorgadas al establecimiento farmacéutico proveedor, emitidas por la dirección general de medicamentos, insumos y drogas – DIGEMID, como autoridad nacional de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (ANM) o por la autoridad regional de medicamentos – (ARM) del ministerio de salud – MINSA, según corresponda para bienes que estén sujetos a otorgamiento de registro por la ANM y sea una empresa nacional reconocida como establecimiento farmacéutico.	SI	SI
f)	Copia simple de Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), y/o Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (CBPA), vigente a nombre del Establecimiento Farmacéutico del proveedor, emitida por ANM o ARM, según corresponda y cuando corresponda. Para el caso que el postor contrate el servicio de almacenamiento con un tercer, además de presentar certificado de buenas practicas de manufactura (BPM) y/o certificado de buenas practicas de almacenamiento (BPA) vigente de la empresa que preste el servicio de almacenamiento, acompañado para este caso la documentación que acredite el vínculo contractual entre ambas partes (contrato de arrendamiento que garantice que esta haciendo uso de sus almacenes). Tratándose de un Laboratorio Nacional el certificado de BPA se encuentra incluido en la Verificación de Manufacturas (BPM), en aplicación de la normativa vigente en el territorio peruano. La exigencia de la Certificación de BPA vigente, se aplica durante todo el procedimiento de selección y ejecución contractual para los dispositivos médicos nacionales e importados.	SI	SI
g)	Copia simple del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente, emitido por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID, como Autoridad Nacional de Medicamentos (ANM) del Ministerio de salud – MINSA, del producto ofertado. Además, las Resoluciones de modificaciones o autorización, en tanto estas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la ANM y el Dispositivo médico ofertado. No se aceptarán dispositivos médicos cuyo Registro Sanitario este suspendido o cancelado.	SI	SI
h)	Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Manufacturas (CBPM), emitido por la ANM, para fabricante nacional y, para fabricante extranjero, del documento que acredite el cumplimiento de las normas de calidad específicas al tipo de dispositivo médico, por ejemplo Certificado CE de la Comunidad Europea ISO 13485 vigente, FDA u otros de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o entidad competente del país de origen y autorizado por la ANM, según corresponda de acuerdo a la normativa vigente. Para el caso de los certificados emitidos en el extranjero que no coinciden fecha de vigencia, estos deben tener una antigüedad no mayor de dos (02) años contados a partir de la fecha de emisión.	SI	SI

i)	Copia de la Autorización Vigente, por el MTC, para el transporte terrestre de Materiales y/o residuos peligrosos de establecimientos de salud.	SI	SI
j)	Copia del Certificado de Licencia de Funcionamiento Municipal de la EO-RS.	SI	SI
k)	Copia de la Autorización vigente, contrato o documento que haga sus veces con el relleno de seguridad donde se efectuará la disposición final autorizado.	SI	SI
l)	i)Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte – BPDT vigente, aplicable a partir de la entrada en vigencia según lo establecido en la normativa correspondiente, cuadro correspondiente, De manera opcional sin embargo no exime el cumplimiento de esta norma; aplicable en el internamiento del bien.	SI	SI
j)	Copia simple del Certificado de Análisis del producto ofertado u otro documento correspondiente, que acredite las características específicas del bien, según lo autorizado en su Registro Sanitario		
k)	Declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N° 4)		
l)	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 CORRESPONDE	NO CORRESPONDE
m)	El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 6.	SI	SI
CONDICIÓN		ADMITIDO	ADMITIDO

CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE ACUERDO A LAS BASES INTEGRADAS

RAZON SOCIAL DEL POSTOR		CUMPLIMIENTO DE LAS EE.TT.	OBSERVACION
Pr. 01	FRESENIUS KABI PERU S.A.	SI	SEGÚN ANEXO 04 - EVALUACION DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADJUNTAS
Pr. 02	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	SI	SEGÚN ANEXO 04 - EVALUACION DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADJUNTAS

COMITÉ DE SELECCIÓN
IREN - CENTRO

NATALI YANELA HUATUCO ORELLANA
Miembro Titular

COMITÉ DE SELECCIÓN
IREN - CENTRO

ANDREA VICTORIA ORHUELA ARROYO
Presidente

COMITÉ DE SELECCIÓN
IREN - CENTRO

JIM RICHARD CASTRO CANCHO
Miembro Titular

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



INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - IREN CENTRO
Adjudicacion Simplificada N° 016-2024-GRJ-IREN-CS-1
ADQUISICIÓN DE INSUMOS Y SUMINISTROS PARA LA SUB UNIDAD DE LIMPIEZA Y LAVANDERIA DEL
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL CENTRO - IREN CENTRO



ANEXO 4 - EVALUACIÓN - ESPECIFICACIONES TECNICAS

LISTA DE POSTORES	
Pr. 01	FRESENIUS KABI PERU S.A.
Pr. 02	ICU MEDICAL PERU S.R.L.

N°	ITEMS	Pr. 01	Pr. 02
		FRESENIUS KABI PERU S.A.	ICU MEDICAL PERU S.R.L.
A	EMPAQUE:	SI	SI
B	MATERIAL:	SI	SI
C	CARACTERÍSTICAS:	SI	SI
D	DIMENSIONES:	SI	SI
CONDICION		SI CUMPLE SI CALIFICA	SI CUMPLE SI CALIFICA

OBSERVACION
QUE DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL REQUERIMIENTO, CAPITULO III DE LAS BASES INTEGRADAS. SE A REALIZADO LA EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE ESTAS, EN COORDINACIONES CON EL AREA USUARIA QUIEN HA VALIDADO LAS OFERTAS DE LOS POSTORES

<p>COMITÉ DE SELECCIÓN IREN - CENTRO</p> <p>NATALI YANELA HUATUCO ORELLANA Miembro Titular</p>	<p>COMITÉ DE SELECCIÓN IREN - CENTRO</p> <p>ANDREA VICTORIA ORIHUELA ARROYO Presidente</p>	<p>COMITÉ DE SELECCIÓN IREN - CENTRO</p> <p>JIM RICHARD CASTRO CANCHO Miembro Titular</p>
NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES		



INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - IREN CENTRO

Adjudicación Simplificada N° 016-2024-GRJ-IREN-CS-1

ADQUISICION DE LINEAS PARA BOMBA DE INFUSION CON FILTRO DE 0.2 um PARA EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS



ANEXO N° 002 - CUADRO FACTORES DE EVALUACION DE OFERTAS

N°	POSTOR	FACTORES DE EVALUACION			PUNTAJE TOTAL	BONIFICACION POR REMYPE	PUNTAJE FINAL + BONIFICACION	ORDEN DE PRELACION	ESTADO	OBS
		PRECIO	FACTOR 1	FACTOR 2							FACTOR 3
001	FRESENIUS KABI PERU S.A.	S/117,000.00			100.00		100.00	1	ADJUDICA	
002	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	S/134,520.00			86.98		86.98	2		

EVALUACION DEL PRECIO

	FRESENIUS KABI PERU S.A.	ICU MEDICAL PERU S.R.L.	0
Formula para el calculo del Puntaje Factor "Precio" $PI=(Om \times PMPE)/OI$			
Om= Oferta mas Baja	S/. 117,000.00	S/. 117,000.00	
OI=Oferta Economica	S/. 117,000.00	S/. 134,520.00	
TOTAL PUNTAJE OFERTA ECONOMICA	100.00	86.98	

COMITÉ DE SELECCIÓN
IREN - CENTRO

NATALIYANELA HUATUCO ORELLANA
Miembro Titular

COMITÉ DE SELECCIÓN
IREN - CENTRO

ANDREA VICTORIA ORIHUELA ARROYO
Miembro Titular

COMITÉ DE SELECCIÓN
IREN - CENTRO

JIM RICHARD CASTRO CAÑCHO
Miembro Titular



ANEXO N° 003 - CALIFICACION DE OFERTAS

LISTA DE POSTORES	
Pr. 01	FRESENIUS KABI PERU S.A.
Pr. 02	ICU MEDICAL PERU S.R.L.

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

3.2 REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	Pr. 01	Pr. 02
	FRESENIUS KABI PERU S.A.	ICU MEDICAL PERU S.R.L.

A	CAPACIDAD LEGAL		
	<p>Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copia simple de la Constancia de Registro Sanitario de Establecimiento Farmacéutico o Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento, emitida por la ANM o la Autoridad Regional de Salud (ARS), de acuerdo a lo establecido en el artículo 17° del D.S. N°014-2011-SA y su primera disposición complementaria transitoria. En el caso que el establecimiento farmacéutico (laboratorio farmacéutico y droguería) cuente solo con constancia de Registro de Establecimiento Farmacéutico, debe presentar una Declaración Jurada emitida por el representante legal del establecimiento farmacéutico, que declare que ha cumplido con presentar su solicitud de autorización sanitaria de funcionamiento en el caso que la ANM o ARS haya definido el cronograma respectivo y que a la fecha de presentación de la oferta no tiene opinión desfavorable de la ANM o ARS respecto de su solicitud. Según corresponda. - Copia simple del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario, otorgado por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), además las Resoluciones de modificación o autorización, en tanto estas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la ANM y el producto farmacéutico ofertado. No se aceptarán productos cuyo Registro Sanitario este suspendido o cancelado. - Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios o documento equivalente que acredite el cumplimiento de Buenas Prácticas Específicas al tipo de dispositivo de acuerdo al nivel de riesgo emitido por la Autoridad o Entidad competente del país de origen. - Copia simple del Certificado de las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) vigente a nombre del postor emitida por la ANM o ARM (este último en caso de la aplicación del artículo 111 del Decreto Supremo 014-2011/SA, Decreto Supremo 033-2014/SA y sus modificatorias). 	SI CALIFICA	SI CALIFICA
B	<p>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD : Requisitos:</p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 300,000.00 (Trescientos Mil con 00/100), 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>Se consideran servicios similares a los siguientes: Venta de líneas para bomba de infusión en general 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 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 ceñirá 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. 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>	SI CALIFICA	SI CALIFICA

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.

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.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

CONDICION

CALIFICA

CALIFICA

COMITÉ DE SELECCIÓN
IBEN - CENTRO


NATALI YANELA HUATUCO ORELLANA
Miembro Titular

COMITÉ DE SELECCIÓN
IBEN - CENTRO


ANDREA VICTORIA DRIHUELA ARROYO
Presidente

COMITÉ DE SELECCIÓN
IBEN - CENTRO


JIM RICHARD CASTRO GANCHO
Miembro Titular

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