

**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)**

<b>1</b>	<b>NÚMERO DE ACTA</b>	007/AS-024-2023-GRJ-IREN-CS - 1
----------	-----------------------	---------------------------------

<b>2</b>	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b>
<p>En la ciudad de Concepción , a los 20 días del mes de octubre del año 2023, a las 10:00 am , se reunieron los integrantes del comité de Selección designados mediante <b>.RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N°032-2023/RENC/OEA</b>, de fecha 11 de julio de 2023 encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de la <b>Adjudicación Simplificada N°024-2023-GRJ-IREN-CS-2</b> , cuyo objeto de convocatoria es <b>LA ADQUISICION DE CUCHILLA PARA CRANEOTOMO PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - IREN CENTRO</b>, a fin de efectuar la APERTURA DE OFERTAS ELECTRONICAS, ADMISIÓN, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS presentadas y CALIFICACIÓN de la oferta correspondiente según orden de prelación.</p> <p>Nota.- En caso las actuaciones se realicen en diversos días, precisar la fecha, hora y local de las sesiones realizadas durante la evaluación y calificación de las ofertas, en el acto que corresponda.</p>	

3	SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)					
	El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros:					
	Presidente	C.P.C CARLOS ALBERTO COTERA INGA	Titular	X	Dependencia:	OFICINA DE ABASTECIMIENTO
			Suplente			
	Primer Miembro	M.C. IVÁN JUNIOR PAUCAR CALDERON	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE NEUROCIRUGIA
			Suplente			
	Segundo Miembro	Q.F. NATALI YANELA HUATUCO ORELLANA	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMETO DE FARMACIA
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
		B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.
		20377339461
1	INVERSIONES Y EDIFICACIONES JYR S.A.C.	20609931311

5	DETALLE DE LOS POSTORES			
	En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron sus ofertas electrónicas a través del SEACE:			
	N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación
	1	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	19/10/2023	19:00:45

<b>6</b>	Acto seguido, se procede con la apertura de las oferta DEL UNICO postor, y con la revisión de la misma, 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.
----------	---

7	DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS		
	De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas no se admiten, por lo que no se les aplicará los factores de evaluación:		
	N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones para su no admisión
	1		
	2		
	...		



**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)**

<b>8</b>	<b>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.	ITEM 1		

<b>9</b>	<b>EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS</b>			
<b>9.1</b>	<b>DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA</b>			
N°	Nombre o razón social del postor	Precio de su oferta	% del valor referencial	
1	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	48,487.95	100.00%	
<b>9.2</b>	<b>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 01 que forma parte de la presente Acta.				

<b>10</b>	<b>PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES</b>			
COMPLETAR EL DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE CADA POSTOR				
<b>10.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>	<b>B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.</b>		
	<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>		
	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		
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	<b>100</b>		

<b>11</b>	<b>RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN</b>		
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	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	100	
<b>Nota.-</b> En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación. Anexo 02			

<b>12</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>			
Luego de culminada la evaluación, el COMITÉ DE SELECCIÓN determinó los 4 postores cumplen con lo solicitado en las bases integradas lugar según el orden de prelación cumple con los requisitos de calificación detallados en las bases:				
<b>12.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>	<b>B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.</b>		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	
	<b>A CAPACIDAD LEGAL</b>			
	A.1 REPRESENTACIÓN			
	A.2 HABILITACIÓN	X		
	<b>B EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>			
	B.1 FACTURACIÓN	X		
	<b>C CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>			
	C.1 EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE (SOLO PARA MODALIDAD DE EJECUCIÓN LLAVE EN MANO)			
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>	<b>CUMPLE</b>		
SI NINGUNO DE LOS CUATRO 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.				

**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)**

.....	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR .....	
12.3	DETALLE DE LA CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS	
	La calificación de las ofertas se detalla en el cuadro de Calificación, según Anexo 02 que forma parte de la presente Acta.	
13	<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:	
N°	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR	
1	<b>SINTEC VIRGEN DE COPACABANA EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD LIMITADA</b>	
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		
2		
...		
14	<b>ACUERDO ADOPTADO</b>	
	Los integrantes del COMITE 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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICA DEL CENTRO - IREN CENTRO</p> <p>.....</p> <p>IVÁN JUNIOR FAUCAR CALDERON 1ER MIEMBRO TITULAR</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICA DEL CENTRO - IREN CENTRO</p> <p>.....</p> <p>CARLOS COTERA INGA PRESIDENTE</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICA DEL CENTRO - IREN CENTRO</p> <p>.....</p> <p>NATALI YANELA HUATUCO ORELLANA 2DO MIEMBRO TITULAR</p> </div> </div>	
<b>NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>		





INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - IREN CENTRO  
ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 24-2023-GRJ-IREN/CS - 2  
LA ADQUISICION DE CUCHILLA PARA CRANEOTOMIA PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL  
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - IREN CENTRO



ANEXO N° 002 - CUADRO FACTORES DE EVALUACION DE OFERTAS

Fecha: Concepción, 20 de octubre de 2023.

N°	POSTOR	FACTORES DE EVALUACION			PUNTAJE TOTAL	BONIFICACION POR REMYPE	PUNTAJE FINAL + BONIFICACION	ORDEN DE PRELACION	ESTADO	OBS
		PRECIO	FACTOR 1	FACTOR 2						
001	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	S/48,487.95			100.00		100.00	1		

EVALUACION DEL PRECIO	
POSTOR 01	
BIBRAUN MEDICAL PERU S.A.	
Om= Oferta mas Baja	S/. 48,487.95
Oi=Oferta Economica	S/. 48,487.95
TOTAL PUNTAJE OFERTA ECONOMICA	100.00

Formula para el calculo del Puntaje Factor "Precio"  
 $PI = (Om \times PMPE) / Oi$

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS  
DEL CENTRO - IREN CENTRO

IVAN JUNIOR PAUCAR CALDERON  
PRESIDENTE TITULO II AP

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES  
NEOPLASICAS DEL CENTRO - IREN CENTRO

CARLOS ALBERTO COTERA INGA  
PRESIDENTE TITULO II AP

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES  
NEOPLASICAS DEL CENTRO - IREN CENTRO

NATALI YANELA HUATUCO ORELLANA  
2DO MIEMBRO TITULAR



INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - IREN CENTRO  
ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 24-2023-GRJ-IREN/CS - 2



LA ADQUISICION DE CUCHILLA PARA CRANEOTOMIA PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL  
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - IREN CENTRO

ANEXO N° 001 - ADMISION DE OFERTAS

LISTA DE POSTORES	
Pr. 01	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.

DOCUMENTOS DE PRESENTACION OBLIGATORIA - OFERTA TÉCNICA

2.2.1.1. DOCUMENTOS PARA LA ADMISIÓN DE LA OFERTA:		Pr. 01			
		B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.			
a)	Declaración jurada de datos del postor (Anexo N°1)	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			
c)	Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2)	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			
e)	Copia simple de la Resolución Directoral de Autorización Sanitaria 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			
f)	Copia simple del 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 la 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 Prácticas de Manufactura (BPM) y/o certificado de buenas prácticas 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 está haciendo uso de los almacenes).  Tratándose de un Laboratorio Nacional el Certificado de BPA se encuentra incluido en la Certificación de Buenas Prácticas 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 nacional e importados.  <b>DOCUMENTACION DE PRESENTACION OBLIGATORIA PARA ACREDITAR CUMPLIMIENTO DEL DISPOSITIVO MEDICO</b>	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 modificación o autorización, en tanto estas tengan por finalidad acreditar la correspondencia entre la información registrada ante la ANM y el dispositivo medico ofertado. No se aceptarán dispositivos médicos cuyo Registro Sanitario este suspendido o cancelado.	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			
i)	Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte - BPDV vigente, aplicable a partir de la entrada en vigencia según lo establecido en la normativa correspondiente, cuando corresponda (según corresponda) mínimo que en la distribución se aplique según norma vigente.	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.	SI			
k)	Declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N° 4)	SI			
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			
m)	El precio de la oferta en soles. Adjuntar obligatoriamente el 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			
CONDICION		ADMITIDO			

CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE ACUERDO A LAS BASES INTEGRADAS

RAZON SOCIAL DEL POSTOR		CUMPLIMIENTO DE LAS EE.TT.	OBSERVACIONES
Pr. 01	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	SI	

<p>INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOLÁSICA DEL CENTRO - IREN CENTRO</p> <p>.....</p> <p>IVÁN JUNIOR PAUCAR CALDERON</p> <p>1ER MIEMBRO TITULAR</p>	<p>INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOLÁSICA DEL CENTRO - IREN CENTRO</p> <p>.....</p> <p>CARLOS ALBERTO COTERA INGA</p> <p>PRESIDENTE</p>	<p>INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOLÁSICA DEL CENTRO - IREN CENTRO</p> <p>.....</p> <p>NATALI YANELA HUATUCO ORELLANA</p> <p>2DO MIEMBRO TITULAR</p>
NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES		





INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - IREN CENTRO  
ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 24-2023-GRJ-IREN-CS - 2  
LA ADQUISICION DE CUCHILLA PARA CRANEOTOMIA PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL  
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - IREN CENTRO






ANEXO N° 003 - CALIFICACION DE OFERTAS

LISTA DE POSTORES	
Pr. 01	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

3.2 REQUISITOS DE CALIFICACIÓN		Pr. 01			
		B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.			
A	<b>CAPACIDAD LEGAL - HABILITACION: Requisitos:</b>				
	<p>*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.</p> <p>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.</p>	SI			
	<p>*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.</p>	SI			
	<p>*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.</p>	SI			
	<p>*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).</p>	SI			
	Acreditación: * Copia de los documentos solicitados.	CUMPLE			
B	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD : Requisitos:</b>				
	<p>* El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 147,000.00 (Cincuenta y Siete 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 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/ 12,250.00 (Doce Mil Doscientos Cincuenta con 00/100 soles), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.</p> <p>Se consideran bienes similares a los siguientes: Venta de dispositivos médicos de uso hospitalario realizado a hospitales, clínicas y centros de salud especializado.</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 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.</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.</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	SI	SI	SI
CONDICION	SI CUMPLE CALIFICA			

<p>INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASIAS DEL CENTRO - IREN CENTRO</p> <p></p> <p>1ER MIEMBRO TITULAR</p>	<p>INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASIAS DEL CENTRO - IREN CENTRO</p> <p></p> <p>PRESIDENTE TITULAR</p>	<p>INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASIAS DEL CENTRO - IREN CENTRO</p> <p></p> <p>2DO MIEMBRO TITULAR</p>
NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES		