

COEFICIENTES	VALORES
OFERTA-PRECIO	85.00
OTROS FACTORES	15.00
SUMATORIA	100.00
VALOR ESTIMADO	87,360.00
BONIFICACION	0.00

Nº PROCESO	2334A00181	FECHA : 09/11/2023
NOMBRE DEL PROCESO	"ADQUISICION DE EQUIPOS COMPLEMENTARIOS TIPO HAWA DE SUMINISTRO LOCAL PARA LA RED ASISTENCIAL JULIACA-2023 ESSALLUD TENSIONMETROS" PRIMERA CONVOCATORIA	
	SERVICIOS	
	BIENES u OBRAS	X

CP	
LP	
AS	X
CPRE	
CD	

[illegible]

  
 A. L. G. Govardhan  
 10/10/2020

Signature CS/MSW

COEFICIENTES	VALORES
OFERTA-PRECIO	85.00
OTROS FACTORES	15.00
SUMATORIA	100.00
VALOR ESTIMADO	75,180.00
BONIFICACION	0.00

## CUADRO COMPARATIVO - ITEM N° 2

FECHA : 09/11/2023

N° PROCESO	2334A00181
NOMBRE DEL PROCESO	"ADQUISICION DE EQUIPOS COMPLEMENTARIOS TIPO HAWA DE SUMINISTRO LOCAL PARA LA RED ASISTENCIAL JULIACA-2023 ESSALUD TENSIOMETROS" PRIMERA CONVOCATORIA
SERVICIOS	
BIENES u OBRAS	X

CP	
LP	
AS	X
CPRE	
CD	



POSTOR	ADMITIDO	OFERTA ECONOMICA	PRECIO	OTROS FACTORES (Mejoras)	PUNTAJE FINAL	Bonificación S / N	Bonificación (5%)	PUNTAJE TOTAL	ORDEN	CALIFICACIÓN				RESULTADOS DE CALIFICACIÓN	RESULTADOS
										CAP LEGAL - HABILITACION Autoridad de Salud Farmacológico	CAP LEGAL - HABILITACION C.B.F.A.	CAP LEGAL - HABILITACION C.B.F.M.	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C RUC N° 20100262291	SI	59,136.00	75.90	15.00	90.90	N	0	90.90	1°	SI	SI	SI	SI	CALIFICA	1°
AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. RUC N° 201100162238	SI	52,804.08	85.00	5.00	90.00	N	0	90.00	2°	SI	SI	SI	SI	CALIFICA	2°

Clotilde Gavando M.  
Elvis Bengales G.

Cesar M. Cruz



**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>	AS N° 2334A00181							
<b>2</b>	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b>								
	En, Juliaca, a los del 06 al 08 días del mes de noviembre del año 2023, en el local de la División de Adquisiciones de la Red Asistencial Juliaca, desde las 12:00 horas, se reunieron los integrantes del Comité de Selección designados mediante Resolución N° 141-OA-GRAJUL-ESSALUD-2023, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección Adjudicación Simplificada N° 2334A00181 Primera Convocatoria, cuyo objeto de convocatoria es la "ADQUISICION DE EQUIPOS COMPLEMENTARIOS TIPO HAWA DE SUMINISTRO LOCAL PARA LA RED ASISTENCIAL JULIACA-2023 ESSALUD TENSIOMETROS", a fin de efectuar la ADMISIÓN, EVALUACIÓN y CALIFICACIÓN de la ofertas presentadas correspondiente según orden de prelación.								
<b>3</b>	<b>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	CLOTILDE GAVANCHO MUÑIZ	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Titular</td> <td style="width:50%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> </table>	Titular	X	Suplente		Dependencia:	AREA USUARIA (CON CONOCIMIENTO TECNICO)
Titular	X								
Suplente									
	Primer Miembro	ELVIS ELOY GONZALES QUISPE	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Titular</td> <td style="width:50%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> </table>	Titular	X	Suplente		Dependencia:	OEC
Titular	X								
Suplente									
	Segundo Miembro	CAROLINA DENISSE CAIRO CAIRO	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Titular</td> <td style="width:50%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td>Suplente</td> <td></td> </tr> </table>	Titular	X	Suplente		Dependencia:	AREA USUARIA (CON CONOCIMIENTO TECNICO)
Titular	X								
Suplente									
<b>4</b>	<b>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	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.	20100162238						
	2	ASECO PERU S.A.C.	20565911920						
	3	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C	20100262291						
	4	MANUFACTURA CAPITALMEDIC S.A.C.	20609607123						
	5	PROMED E I R L	20101267386						
	6	IMPORTACIONES & REPRESENTACIONES J & M E.I.R.L.	20603504292						
	...								
<b>5</b>	<b>DETALLE DE LOS POSTORES</b>								
	En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron vía electrónica en plataforma SEACE del OSCE sus Ofertas en archivo adjunto:								
	N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación					
	1	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C	31.10.2023	15:48					
	2	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.	31.10.2023	19:01					
	3	PARA EL ITEM N° 3: NO SE PRESENTARON	----	-----					
<b>6</b>	Acto seguido, se procedió a la descarga de la plataforma del SEACE, e impresión de los archivos 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 especificadas en las Bases.								
<b>7</b>	<b>DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS</b>								

1 de 5



**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)**

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	-----	-----

**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	Ítem(s) a los que postula
1	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C.	ITE M° 1: Tensiómetro aneroide clínico rodable adulto; ITEM N° 2 Tensiómetro aneroide clínico rodable adulto / pediátrico
2	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.	ITE M° 1: Tensiómetro aneroide clínico rodable adulto; ITEM N° 2 Tensiómetro aneroide clínico rodable adulto / pediátrico

**9 EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS**

9.1	DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA		
Nº	Nombre o razón social del postor	Precio de su oferta	% del valor estimado
ITEM 1	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C.	65,156.00	74.58%
	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.	58,552.00	67.02%
ITEM 2	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C.	59,136.00	78.66%
	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.	52,804.08	70.24%
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 Hoja de Evaluación que forma parte de la presente Acta.		

**10 PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES**

COMPLETAR EL DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE CADA POSTOR

<b>ITEM N° 1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>		COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C.
	<b>FACTORES</b>		<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO (HASTA 85 PUNTOS)		76.38 PUNTOS
	PLAZO DE ENTREGA (HASTA 15 PUNTOS)		15 PUNTOS
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>		<b>91.38 PUNTOS</b>
	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>		AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.
	<b>FACTORES</b>		<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO (HASTA 85 PUNTOS)		85 PUNTOS
	PLAZO DE ENTREGA (HASTA 15 PUNTOS)		05 PUNTOS
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>		<b>90 PUNTOS</b>
<b>N° 2</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>		COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C.
	<b>FACTORES</b>		<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO (HASTA 85 PUNTOS)		75.90 PUNTOS
	PLAZO DE ENTREGA (HASTA 15 PUNTOS)		15 PUNTOS
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>		<b>90.90 PUNTOS</b>



**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>ITEM 1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.
	<b>FACTORES</b>	<b>PUNTAJES</b>
	PRECIO (HASTA 85 PUNTOS)	85 PUNTOS
	PLAZO DE ENTREGA (HASTA 15 PUNTOS)	05 PUNTOS
	<b>SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES</b>	<b>90 PUNTOS</b>
<b>10.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>	
	<b>FACTORES</b>	
<b>.....</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR ....</b>	

<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>
<b>ITEM 1</b>	1	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C.	91.38 PUNTOS
	2	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU	90.00 PUNTOS
<b>ITEM 2</b>	1	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C.	90.90 PUNTOS
	2	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU	90.00 PUNTOS
	<b>Nota.-</b> 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 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:			
<b>ITEM N° 1</b>	<b>12.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C.	
		<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
		<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>	
		A.1	HABILITACIÓN	X
			Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento.	X
			Certificado de Buenas Practicas de Almacenamiento (CBPA) vigente.	X
			Certificado de Buenas Practicas de Manufactura (CBPM) vigente.	X
		<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>	
		B.1	FACTURACIÓN	X
		<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICA</b>
	<b>12.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.	
		<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
		<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>	
		A.1	HABILITACIÓN	X
			Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento.	X
			Certificado de Buenas Practicas de Almacenamiento (CBPA) vigente.	X
			Certificado de Buenas Practicas de Manufactura (CBPM) vigente.	X
		<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>	
		B.1	FACTURACIÓN	X
		<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICA</b>

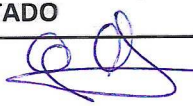
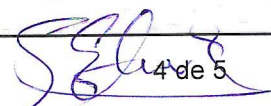
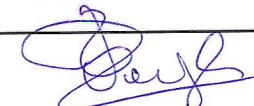


**FORMATO N° 11**

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

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

<b>ITEM N° 2</b>	<b>12.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C.	
		<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	<b>A.1</b>	<b>HABILITACIÓN</b>	X	
		Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento.	X	
		Certificado de Buenas Practicas de Almacenamiento (CBPA) vigente.	X	
		Certificado de Buenas Practicas de Manufactura (CBPM) vigente.	X	
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>		
	<b>B.1</b>	<b>FACTURACIÓN</b>	X	
		<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>	<b>CALIFICA</b>	
	<b>12.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A.	
		<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	<b>A.1</b>	<b>HABILITACIÓN</b>	X	
		Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento.	X	
		Certificado de Buenas Practicas de Almacenamiento (CBPA) vigente.	X	
		Certificado de Buenas Practicas de Manufactura (CBPM) vigente.	X	
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>		
	<b>B.1</b>	<b>FACTURACIÓN</b>	X	
		<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>	<b>CALIFICA</b>	
	<b>12.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2</b>		
		<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
		<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>	-----	
<p>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.</p>				
	.....	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR ....</b>		
	<b>12.3</b>	<b>DETALLE DE LA CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS</b>		
		La calificación de las ofertas se detalla en el cuadro de Calificación, 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	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C.. - PARA EL ITEM N° 1			
1	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C. - PARA EL ITEM N° 2			
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	-----	-----		
...				
<b>14</b>	<b>ACUERDO ADOPTADO</b>			

**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)**

Los integrantes del Comité de Selección, por Unanimidad, dan por aprobados los resultados de la evaluación de las ofertas y calificación, de acuerdo con el análisis efectuado y a los cuadros de Evaluación de Ofertas y Calificación adjuntos que forman parte del Acta.

**15**



LIC. CLOTILDE GAVANCHO MUÑIZ



ELVIS ELOY GONZALES QUISPE



LIC. CAROLINA DENISSE CAIRO CAIRO



DE ACUERDO A LAS BASES INTEGRADAS DEL NUMERAL 1.7 DEL CAP. I DE LA SECCION GENERAL, INDICA QUE "EL PARTICIPANTE PRESENTARÁ SU OFERTA DE MANERA ELECTRONICA A TRAVÉS DEL SEACE, DESDE LAS 00:01 HORAS HASTA LAS 23:59 HORAS DEL DIA ESTABLECIDO PARA EL EFECTO EN EL CRONOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO; ADJUNTANDO EL ARCHIVO DIGITALIZADO QUE CONTIENGA LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA OFERTA DE ACUERDO A LO REQUERIDO EN LAS BASES", ES ASI QUE SE REALIZA LA DESCARGA DEL ARCHIVO QUE CONTIENE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA OFERTA PARA LA "ADQUISICION DE EQUIPOS COMPLEMENTARIOS TIPO HAWA DE SUMINISTRO LOCAL PARA LA RED ASISTENCIAL JULIACA-2023 ESSALUD TENSIONMETROS" PRIMERA CONVOCATORIA - AS N° 2334A00181.


ITEM N° 1				ITEM N° 2		
TAMBIEN DE ACUERDO AL NUMERAL 73.2. DEL ART.73 DEL RLCE. PARA LA ADMISIÓN DE LAS OFERTAS, EL COMITÉ DE SELECCIÓN VERIFICA LA PRESENTACIÓN DE LO EXIGIDO EN LOS LITERALES a), b), c), e) y f) DEL ART. 52 Y DETERMINA SI LAS OFERTAS RESPONDEN A LAS CARACTERÍSTICAS Y/O REQUISITOS FUNCIONALES Y CONDICIONES DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESPECIFICADAS EN LAS BASES. DEBO CUMPLIR CON LO REQUERIDO, LA OFERTA SE CONSIDERA NO ADMITIDA.	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C RUC N° 20100262291	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. RUC N° 20100162238	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C RUC N° 20100262291	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. RUC N° 20100162238		
	2.1.1. Documentación de presentación obligatoria					
	2.1.1.1. Documentos para la admisión de la oferta					
	a) Declaración jurada de datos del postor. (Anexo N° 1)	SI	SI	SI	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	SI	SI	SI
c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2)	SI	SI	SI	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	SI	SI	SI	
e) Documentación adicional que el postor debe presentar Anexos corresponden al CAP III de la sección específica de las bases.						
e.1) Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario, a fin de verificar la certificación otorgada por la Autoridad Sanitaria, para la fabricación, ensamblaje, importación, distribución y comercialización de los dispositivos médicos de uso humano.	SI	SI	SI	SI	SI	
e.8) Folleteria/Manual de instrucciones de Uso o Inserto (original o copia), a fin de verificar lo establecido en el anexo B del Cap III de la sección específica de las bases.	SI	SI	SI	SI	SI	
f) Declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N° 4)	SI	SI	SI	SI	SI	
g) 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	No corresponde	No corresponde	No corresponde	
h) El precio de la oferta en Soles. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 6.	SI	SI	SI	SI	SI	



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.									
<b>2.2.2. Documentación de presentación facultativa</b>									
a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad					No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
b) Solicitud de bonificación del cinco por ciento (5%) por tener la condición de micro y pequeña empresa (Anexo N°10).					No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
c) 1.- Evaluación (5 PUNTOS). PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA (15 HASTA 20 DÍAS C.)					-----	SI, Oferta 20 días calendarios	-----	-----	SI, Oferta 20 días calendarios
d) 2.- Evaluación (10 PUNTOS). PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA (11 HASTA 14 DÍAS C.)					-----	-----	-----	-----	-----
e) 3.- Evaluación (15 PUNTOS). PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA (01 HASTA 10 DÍAS C.)					SI, Oferta 10 días calendarios	-----	-----	SI, Oferta 10 días calendarios	-----
<b>CUMPLIMIENTO</b>					SI	SI	SI	SI	SI
<b>ADMITIDO</b>					SI	SI	SI	SI	SI

  
Clotilde Gavarcho M.

  
Elvis Dargatzis

  
EPN como c.

HOJA DE EVALUACIÓN:		FECHA: del 06 al 08/11/2023	ITEM N° 1		ITEM N° 2	
De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas fueron admitidas por lo que se procederá con su evaluación, En concordancia con el numeral 74.1 DEL ART. 74 del RLCE - AS N° 2334A00181, 1RA CONVOCATORIA (VALOR ESTIMADO S/. 87,360.00, 75,180.00 Y 55,440.00)			COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C RUC N° 20100262291	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. RUC N° 20100162238	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C RUC N° 20100262291	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. RUC N° 20100162238
HOJA DE EVALUACIÓN - FACTOR DE EVALUACIÓN TOTAL 100 PUNTOS						
A. PRECIO: [85] puntos			(Valor Estimado: 87,360.00)	(Valor Estimado: 87,360.00)	(Valor Estimado: 75,180.00)	(Valor Estimado: 75,180.00)
Evaluación: Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.			S/. 65,156.00	S/. 58,552.00	S/. 59,136.00	S/. 52,804.08
Acreditación: Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6).			76.38 PUNTOS	85.00 PUNTOS	75.90 PUNTOS	85.00 PUNTOS
La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula: $PI = \frac{Om \times PMP}{Oi}$ I = Oferta Pi = Puntaje de la oferta a evaluar Oi = Precio i Om = Precio de la oferta más baja PMP = Puntaje máximo del precio						
B. PLAZO DE ENTREGA (Hasta 15] puntos						
1.- Evaluación: (PLAZO DE ENTREGA : (05, 10 y 15 puntos respectivamente) PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA (15 HASTA 19 DÍAS C.) PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA (11 HASTA 14 DÍAS C.) PRESENTAR DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE ENTREGA (01 HASTA 10 DÍAS C.)			PRESENTA DDJJ de 10 días Calendarios	PRESENTA DDJJ de 20 días Calendarios	PRESENTA DDJJ de 10 días Calendarios	PRESENTA DDJJ de 20 días Calendarios
Acreditación: Se acreditará únicamente mediante la presentación de una DECLARACIÓN JURADA.			15 PUNTOS	05 PUNTOS	15 PUNTOS	05 PUNTOS
TOTAL PUNTAJE:			91.38 PUNTOS	90.00 PUNTOS	90.90 PUNTOS	90.00 PUNTOS
TOTAL PUNTAJE + BONIFICACION:			No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
ORDEN DE PRELACIÓN			1°	2°	1°	2°

*clotilde Gavandio M.*  
*Disponible*  
*escribiendo*



HOJA DE CALIFICACION


FECHA: del 06 al 08/11/2023

		ITEM N° 01		ITEM N° 02	
		AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. RUC N° 20100162238	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C RUC N° 20100262291	AMERICAN HOSPITAL SCIENTIFIC EQUIPMENT COMPANY DEL PERU S.A. RUC N° 20100162238	COMERC. E IND DENT TARRILLO BARBA S.A.C RUC N° 20100262291
DE ACUERDO AL ART. 75 DEL RLCE, REQUISITOS DE CALIFICACION - AS N° 2334A00181 ADQUISICION DE EQUIPOS COMPLEMENTARIOS TIPO HAWA DE SUMINISTRO LOCAL PARA LA RED ASISTENCIAL JULIACA- 2023 ESSALUD TENSIOMETROS, PRIMERA CONVOCATORIA					
A. CAPACIDAD LEGAL					
HABILITACIÓN					
<b>Requisitos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento.</li><li>• Certificado de Buenas Practicas de Almacenamiento (CBPA) vigente.</li><li>• Certificado de Buenas Practicas de Manufactura (CBPM) vigente.</li></ul>					
<b>Acreditación:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Copia simple de Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de Establecimiento.</li><li>• Copia simple de Certificado de Buenas Practicas de Almacenamiento (CBPA) vigente.</li><li>• Copia Simple de Certificado de Buenas Practicas de Manufactura (CBPM) vigente.</li></ul>		SI	SI	SI	SI
		SI	SI	SI	SI
		SI	SI	SI	SI
B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD					
<b>Requisitos:</b> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a s/. 165,000.00 (Ciento sesenta y cinco 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/. 13,000.00 (trece mil soles 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 equipos biomédicos</p>					
<b>Acreditación:</b> <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>		SI	SI	SI	SI

<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>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>	RESULTADO	CALIFICA	CALIFICA	CALIFICA	CALIFICA
--	-----------	----------	----------	----------	----------

  
 Clotilde Govancho M.

  
 Elvis Gonzalez Q.

  
 Carlos Linares C.