

**FORMATO N° 11**  
**ACTA DE 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>	N° 002-2025-CS-AS N° 019-2024-HONADOMANI-SB
----------	-----------------------	---

<b>2</b>	<b>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</b>
<p>En, la ciudad de Lima - Cercado de Lima, a los diez (10) días del mes de febrero del año 2025, en las instalaciones del Área de Procesos de la Oficina de Logística del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, a las 08:30 horas, se reunieron los miembros del comité de selección designados mediante <b>Memorando N° 368-2024-OEA-HONADOMANI-SB</b>, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de <b>ADJUDICACION SIMPLIFICADA N° 019-2024-HONADOMANI-SB - I CONVOCATORIA</b>, cuyo objeto de convocatoria es <b>ADQUISICIÓN DE EQUIPO MONITOR MULTIPARÁMETRO DE 06 PARÁMETROS POR REPOSICIÓN PARA LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA Y MEDICINA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ, SEGÚN IOARR CON CUI 2578229</b>, a fin de efectuar 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)					
	El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros:					
	Presidente	MED. MARÍA D. CETRARO CARDO	Titular	X	Dependencia:	Dpto. de Pediatría.
			Suplente			
	Primer Miembro	ING. RAUL A. ALVAREZ SUELDO	Titular		Dependencia:	Oficina de Servicios Generales.
			Suplente	X		
	Segundo Miembro	BACH. CRISTHIAN H. QUISPE GALIANO	Titular	X	Dependencia:	Oficina de Logística.
			Suplente			

4

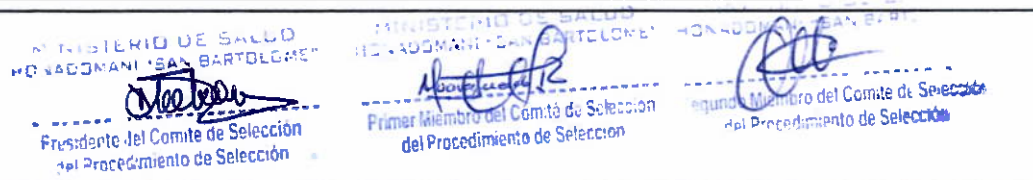
**DETALLE DE LOS PARTICIPANTES**

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
1	ROCA S.A.C.	20101337261
2	A JAIME ROJAS REPRESENTACIONES GRLES S A	20102032951
3	MEDELCO SRL	20208310730
4	TECNI - MED.SYSTEM. S.A.	20340116055
5	INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.	20391026336
6	SPECTRUM INGENIEROS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20503650186
7	HC MEDICAL SAC	20505423942
8	ADVANTAGE MEDICAL SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20506475954
9	NOVA MEDICAL S.A.C.	20511549249
10	CARDIOPULMONARY CARE SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20512709088
11	CORPORACION DACMAR S.A.C.	20529457554
12	DRAEGER PERU S.A.C.	20538597121
13	GOLDEN MEDICAL TECH S.A.C	20545804795
14	INTECWELD IMPORT S.A.C.	20557041631
15	GRUPO COMERCIAL & BUSINESS S.A.C	20565833864
16	CORPORACION TECNOBIOMEDICA HEALTHCARE DEL PERU S.A.C.	20566145163
17	MEDICALAB SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20601105994
18	J & G INVERSIONES PERU S.A.C.	20601586470
19	INDUSTRIA TECNOMEDIC SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INDUSTRIA TECNOMEDIC S.A.C.	20602609104
20	ADVANCED MEDICAL INC E.I.R.L.	20602703003

FORMATO N° 11			
ACTA DE EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:			
BIENES			
(PARA PROCEDIMIENTOS CUYA PRESENTACIÓN DE OFERTAS SE REALIZA EN ACTO PRIVADO)			
	21	REPRESENTACIONES INTEGRALES JJM E.I.R.L.	20602736203
	22	CPB MEDICAL SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - CPB MEDICAL S.A.C.	20603355289
	23	DYR MEDICAL S.A.C.	20610572333
	24	MEIRA COMPANY IMPORT. S.A.C.	20610653333
<b>5</b>	<b>DETALLE DE LOS POSTORES</b>		
	En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron en la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad sus ofertas en sobre cerrado:		
	N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación Hora de presentación
	1	INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.	05/02/2025 23:42:36
<b>6</b>	Acto seguido, se procede a descargar las ofertas del SEACE, de los mencionados postores, y con la revisión de las mismas, a fin de verificar la presentación de los documentos requeridos y determinar si las ofertas responden a las características y/o requisitos y condiciones de las Especificaciones Técnicas previstas en las bases.		
<b>7</b>	<b>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	...	...
<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	Ítem(s) a los que postula
	1	INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.	ITEM N° 01
<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	INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.	130,000.00 89.75
	<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 N° 2 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>	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1 INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.	
		FACTORES	PUNTAJES
		PRECIO	80 puntos
		PLAZO DE ENTREGA	10 puntos
		GARANTÍA COMERCIAL DEL POSTOR	10 puntos
		SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES	100 puntos
<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



<b>FORMATO N° 11</b> <b>ACTA DE EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:</b> <b>BIENES</b> <b>(PARA PROCEDIMIENTOS CUYA PRESENTACIÓN DE OFERTAS SE REALIZA EN ACTO PRIVADO)</b>				
	1	INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.	100	
<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 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> INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.			
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>		<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
	<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>		
	A.1	HABILITACIÓN	X	
	<b>B</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR</b>		
	B.1	FACTURACIÓN	X	
	<b>C</b>	<b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>		
	C.1	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE (SOLO PARA MODALIDAD DE EJECUCIÓN LLAVE EN MANO)	X	
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>		<b>CALIFICADA</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>12.3</b>	<b>DETALLE DE LA CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS</b> La calificación de las ofertas se detalla en el cuadro de Calificación, según Anexo N° 3 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	INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.		
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> 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.			
<b>15</b>				
<b>NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>				





PERÚ

Ministerio  
de SaludHospital Nacional  
Docente Madre Niño  
San Bartolomé

COMITE DE SELECCIÓN

"Año de la recuperación y consolidación de la  
economía peruana"**Anexo N° 1 ADMISIÓN DE OFERTAS**

**Entidad convocante** HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME  
**Nomenclatura** AS-SM-19-2024-HONADOMANI-SB-1  
**Nro. de convocatoria** 1  
**Objeto de contratación** BIEN  
**Número de Contratación** HNDMN-2024-598  
**Descripción del objeto** ADQUISICIÓN DE EQUIPO MONITOR MULTIPARÁMETRO DE 06 PARÁMETROS POR REPOSICIÓN PARA LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA Y MEDICINA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ, SEGÚN IOARR CON CUI 2578229  
**Nombre o Razón Social** INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.  
**RUC** 20391026336

**ADMISIÓN DE OFERTAS**

Documentos para la admisión de la oferta	Acreditación	Folios
a) Declaración jurada de datos del postor. (Anexo N° 1)	Presenta Anexo N° 1 suscrito por sus Gerente General - Eliud Sifuentes Lopez.	3
b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.	Presenta Vigencia de Poder con Partida Electrónica N° 11030623, a favor de Eliud Sifuentes Lopez, según asiento B0001 con el Cargo: Gerente General.	04-11
c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2)	Presenta Anexo N° 2, el mismo que se encuentra conforme al Anexo de las Bases Integradas de presente procedimiento de selección.	12
d) Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (Anexo N° 3)	Presenta Anexo N° 3, suscrito por el representante legal. (Valido)	13
e) Copia Simple (vigente y legible) del registro sanitario o certificado de registro sanitario de los bienes ofertados, expedido por DIGEMID a nombre del postor o de terceros, que describa literalmente el producto ofertado en caso que el producto no se encuentre en el listado de productos de la clasificación de insumos, instrumental y equipo de uso médico, quirúrgico y odontológico, contenida en el Decreto Supremo N° 016-2011-SA, el postor deberá presentar copia simple de la certificación de DIGEMID realizada a través de la web, que sustente que no requiere de registro sanitario y donde se describa al producto o dispositivo con una denominación que no debe inducir a error en cuanto a composición, indicaciones o propiedades que posee el producto o dispositivo, tanto sobre sí mismo como respecto de otros productos o dispositivos. En la etapa de entrega/recepción de los equipos, el comité de recepción verificará la vigencia a la fecha de entrega de los equipos, del certificado o registro sanitario emitido por la DIGEMID.	SI CUMPLE: Presenta Copia Simple (vigente y legible) del registro sanitario o certificado de registro sanitario de los bienes ofertados, expedido por DIGEMID, conforme lo solicitado.	14-18
f) Declaración jurada de cumplimiento del equipo con la norma de seguridad eléctrica IEC-60601-1, IEC-60601-1-1-2 (CEM), IEC 60601-1-2-28 u otros equivalentes internacionales del bien.	SI CUMPLE: Presenta Declaración jurada de cumplimiento del equipo con la norma de seguridad eléctrica IEC-60601-1, IEC-60601-1-1-2 (CEM), IEC 60601-1-2-28 u otros equivalentes internacionales del bien, conforme lo solicitado.	19-21
g) Copia simple (vigente y legible) del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (CBPA).	SI CUMPLE: Presenta Copia simple (vigente y legible) del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento (CBPA), conforme lo solicitado.	22

MINISTERIO DE SALUD  
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"Presidente del Comité de Selección  
del Procedimiento de SelecciónMINISTERIO DE SALUD  
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"Primer Miembro del Comité de Selección  
del Procedimiento de SelecciónMINISTERIO DE SALUD  
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"Segundo Miembro del Comité de Selección  
del Procedimiento de Selección



h) Copia simple (vigente y legible) del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) o ISO 13485 o CE. NOTA: Los certificados CBPA y BPM o ISO 13485 deberán estar vigentes a la fecha de presentación de propuestas.	SI CUMPLE: Presenta Copia simple (vigente y legible) del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) o ISO 13485 o CE. NOTA: Los certificados CBPA y BPM o ISO 13485 deberán estar vigentes a la fecha de presentación de propuestas, conforme lo solicitado.	23-25						
i) Copia simple u original (vigente y legible) de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochures u otro documento del fabricante de la marca y modelo en idioma español o en su respectiva traducción.  Las características técnicas que deberán acreditarse con los documentos mencionados, son las señaladas en el ANEXO N° 1 y ANEXO N° 2, siendo las siguientes:  A01, A02, A03, A04, A05, A06, A07, A08, A09, B01, B02, B03, B04, B05, B06, B07, B08, B09, B10, B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21, B22, B23, B24, B25, B26, B27, B28, B29, B30, B31, B32, B33, B34, B35, B36, B37, B38, B39, B40, B41, C01, C02, D01, D02, D03, D04, D05, D06, D07, D08, D09, D10, D11.	SI CUMPLE: Presenta Copia simple u original (vigente y legible) de catálogos, manual de uso y operación, manual de servicio técnico, folletos, data sheets o brochures u otro documento del fabricante de la marca y modelo en idioma español o en su respectiva traducción, conforme lo solicitado.	28-72						
j) Declaración Jurada dónde indique y asegure la continuidad de fabricación o comercialización de accesorios, insumos y repuestos por un período mínimo de cinco (5) años a partir de la fecha de fabricación de los equipos. Formato N° 08.	SI CUMPLE: Presenta Declaración Jurada, conforme lo solicitado.	74						
k) Hoja de presentación del equipo /sustento de cumplimiento de las características técnicas. Formato N° 02.	SI CUMPLE: Presenta Hoja de presentación del equipo /sustento de cumplimiento de las características técnicas. Formato N° 02.	76-79						
l) Declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N° 4)	SI CUMPLE: Declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N° 4) .	80						
m) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. (Anexo N° 5).	No Aplica	No Aplica						
n) 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.	Presenta Anexo N° 6 Precio de la Oferta suscritas por sus Representantes Legales.  ANEXO N° 6 PRECIO DE LA OFERTA  Señores COMITÉ DE SELECCIÓN ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 018-2024-HONADOMANI-SB Presente.  Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente: <table><tr><td>CONCEPTO</td><td>PRECIO TOTAL</td></tr><tr><td>MONITOR DE MULTIPARAMETRO DE 8 PARAMETROS</td><td>S/ 130,000.00</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>S/ 130,000.00</td></tr></table>	CONCEPTO	PRECIO TOTAL	MONITOR DE MULTIPARAMETRO DE 8 PARAMETROS	S/ 130,000.00	TOTAL	S/ 130,000.00	81
CONCEPTO	PRECIO TOTAL							
MONITOR DE MULTIPARAMETRO DE 8 PARAMETROS	S/ 130,000.00							
TOTAL	S/ 130,000.00							
ESTADO	ADMITIDO							

MINISTERIO DE SALUD  
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"  
*[Firma]*  
Presidente del Comité de Selección

MINISTERIO DE SALUD  
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"  
*[Firma]*  
Primer Miembro del Comité de Selección

MINISTERIO DE SALUD  
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"  
*[Firma]*  
Segundo Miembro del Comité de Selección



PERÚ  
Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

COMITÉ DE SELECCIÓN

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Anexo N° 2

CUADRO COMPARATIVO DE EVALUACIÓN DE OFERTAS EVALUACIÓN DE OFERTAS

Entidad convocante: HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME  
Nomenclatura: AS-SM-19-2024-HONADOMANI-SB-1  
Nro. de convocatoria: 1  
Objeto de contratación: BIEN  
Número de Contratación: HNDMN-2024-598  
Descripción del objeto: ADQUISICION DE EQUIPO MONITOR MULTIPARAMETRO DE 06 PARAMETROS POR REPOSICION PARA LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y MEDICINA PEDIATRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME, SEGÚN IOARR CON CUI 2578229

Postor	Estado de Admisión	FACTORES DE EVALUACIÓN		PUNTAJE TOTAL	BONIFICACIÓN POR MYPE		PUNTAJE FINAL	ORDEN DE PRELACIÓN	MYPE Conforme lo declarado en el Anexo 1
		A. PRECIO			APLICA SI/NO	BONIFICACIÓN 5%			
INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.	Admitida	100.00		100.00	SI	5%	105.00	1º	SI

EVALUACION DE PRECIO	
PI= (Om x PMP)/Oi	INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.
Om = Precio de la oferta más baja	130,000.00
Oi =Oferta económica	130,000.00
TOTAL PUNTAJE OFERTA ECONOMICA	100.00

VALOR ESTIMADO	S/ 144,840.00
----------------	---------------

MINISTERIO DE SALUD  
"HONADOMANI - SAN BARTOLOME"  
Primer Miembro del Comité de Selección

MINISTERIO DE SALUD  
"HONADOMANI - SAN BARTOLOME"  
Primer Miembro del Comité de Selección

MINISTERIO DE SALUD  
"HONADOMANI - SAN BARTOLOME"  
Primer Miembro del Comité de Selección





Anexo N° 3  
REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

Entidad convocante  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME

Nomenclatura  
AS-SM-19-2014-HONADOMANI-SB-1

Nro. de convocatoria  
BIEN

Objeto de contratación  
HMDNH-2014-598

Número de Contratación  
ADQUISICIÓN DE EQUIPO MONITOR MULTIPARÁMETRO DE OS PARÁMETROS POR REPOSICIÓN PARA LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA Y MEDICINA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME, SEGÚN TOMAR CON CUI 2576229

Descripción del objeto

		REQUISITOS DE CALIFICACIÓN				ESTADO	
		A. CAPACIDAD LEGAL		B. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD			
		HABILITACIÓN					
Prestor	Orden de Prelación	REQUISITOS: • Autorización Sanitaria de Funcionamiento: De acuerdo a la Ley N° 02459 y el Reglamento de Establecimientos de Salud N° 014-2011-SA, emitido por DIGEMID..	ACREDITACIÓN: • Copia simple de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento emitido por DIGEMID vigente.	REQUISITOS: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 420,000.00 (Cuatrocientos Veinte 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.  En el caso de postores que declaren en el Anexo N° 1 haber realizado una experiencia de S/ 15,000.00 (Quince mil con 00/100 soles) por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. En el caso de consorcios, todos los integrantes deben contar con la condición de micro y pequeña empresa.  Se consideran bienes similares a los siguientes Equipos Monitores Multiparámetros en General.	ACREDITACIÓN: La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de: (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por entidad del sistema financiero que acredite el monto o inscribirse cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un millón de veinte (20) millones de soles.  En caso los postores presenten verines 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, los veinte (20) primeros comprobantes indicados en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.  En el caso de servicios de selección periódica o continuada, solo se considerará 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 a los respectivos comprobantes de pago cancelados.  En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprende fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho consorcio.  Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar la documentación que acredite la existencia de dicho consorcio o reorganización societaria 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.	REQUISITOS: Para Un (01) profesional: Ingeniero Electrónico o Ingeniero Biomédico, titulado y colegiado.  Un (01) año de experiencia en instalación y/o implementación y/o mantenimiento y/o reparaciones de "Monitores multi parámetros" en general, para la instalación y/o implementación y/o mantenimiento de los equipos ofertados, la experiencia se contabilizará luego de haber obtenido el título profesional.	ACREDITACIÓN: La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.
INTERSERVICE PERU HOSPITAL S.R.L.	1º	SI CUMPLE	SI CUMPLE	SI CUMPLE	SI CUMPLE	CALIFICADA	

MINISTERIO DE SALUD  
"HONADOMANI SAN BARTOLOME"

Residente del Comité de Selección  
por Procedimiento de Selección

MINISTERIO DE SALUD  
"HONADOMANI SAN BARTOLOME"

Primer Miembro del Comité de Selección  
del Procedimiento de Selección

MINISTERIO DE SALUD  
"HONADOMANI SAN BARTOLOME"

Segundo Miembro del Comité de Selección  
del Procedimiento de Selección

