

FORMATO N° 13

**ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:
SERVICIOS EN GENERAL
(PARA PROCEDIMIENTOS CUYA PRESENTACIÓN DE OFERTAS SE REALIZA EN ACTO PRIVADO)**

1	NÚMERO DE ACTA	AS-017-2024-HRDLM.CH/CS-1
----------	-----------------------	---------------------------

2	<p>SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL</p> <p>En, Chiclayo, a los 29 días del mes de octubre del año 2024, en la sala de reuniones de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Docente Las Mercedes, a las 11:00 horas, se reunieron los integrantes del COMITÉ DE SELECCIÓN designados mediante Resolución Directoral N° 00846-2024-GR.LAMB/GERESA/HLM.CH/DE [515504298-15] encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 0017-2024-HRDLM.CH/CS-1., cuyo objeto de convocatoria es el "ADQUISICIÓN DE UN (01) ECOGRAFO DOPPLER COLOR PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL LAS MERCEDES – CHICLAYO", a fin de efectuar la APERTURA DE SOBRES, 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	REQUELME PORTOCARRERO FRANK	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
		Suplente			
Primer Miembro	DIAFANOR PÉREZ VEGA	Titular	X	Dependencia:	UNIDAD DE LOGISTICA
		Suplente			
Segundo Miembro	CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS	Titular	X	Dependencia:	DIRECCIÓN/ADMINISTRACIÓN
		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	TECNOLOGIA INDUSTRIAL Y NACIONAL S.A.	20110133091
2	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.	20111876097
3	CYMED MEDICAL SAC	20263368992
4	INTERNATIONAL DIAGNOSTIC IMAGING SAC	20509997340
5	CORPORACION DACMAR S.A.C.	20529457554
6	CIA MEDICAL S.A.C	20536891243
7	DIAGNOSTICO MEDICO S.A.C.	20551306128
8	IMPORTACIONES VASMED S.A.C.	20565935861
9	SIEMENS HEALTHCARE S.A.C	20600756011
10	MEDICALAB SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20601105994
11	CIAMEDICAL PERU S.A.C.	20601901065
12	INDUSTRIA TECNOMEDIC SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - INDUSTRIA TECNOMEDIC S.A.C.	20602609104
13	ECOTECH SOLUCIONES MEDICAS E.I.R.L.	20602734413
14	CENTRUS E.I.R.L.	20604389268
15	LARA MEDICAL SOLUTIONS S.A.C.	20604404291
16	BIOMEDICAL HT E.I.R.L.	20611992433
17	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20612214949

5	DETALLE DE LOS POSTORES		
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	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	28/10/2024	21:14:34
2	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.	28/10/2024	19:02:39

6	Acto seguido, se procede con la apertura de los sobres que contienen las ofertas de los mencionados postores, y con la revisión de las mismas, a fin de verificar la presentación de los documentos requeridos y determinar si las ofertas responden a las características y/o requisitos y condiciones de los Términos de Referencia previstos 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:	

FORMATO N° 13

**ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:
SERVICIOS EN GENERAL
(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	-	-

8	DETALLE DE LAS OFERTAS QUE FUERON 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	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	UNICO
3	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.	UNICO

9	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	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	351,900.00	97.91
3	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.	472,138.00	131.36
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 N° 2 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	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	
FACTORES			PUNTAJES
A: PRECIO	MONTO OFERTADO		70
	351,900.00		
B: PLAZO DE ENTREGA			20
C: MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICA			10
SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES			100
10.2	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.	
FACTORES			PUNTAJES
A: PRECIO	MONTO OFERTADO		52.17
	472,138.00		
B: PLAZO DE ENTREGA			10.00
C: MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICA			6.50
SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES			68.67

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	PUNTAJE TOTAL	BONIFICACIÓN (5%)	PUNTAJE TOTAL + BONIFICACIÓN (10%) + BONIFICACIÓN (5%)
1	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	100.00	5.00	105.00

FORMATO N° 13

**ACTA DE APERTURA DE SOBRES, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS Y CALIFICACIÓN:
SERVICIOS EN GENERAL
(PARA PROCEDIMIENTOS CUYA PRESENTACIÓN DE OFERTAS SE REALIZA EN ACTO PRIVADO)**

	2	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.	68.67	-	68.67
--	---	-------------------------------------	-------	---	-------

Nota.- En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación.

12 CALIFICACIÓN

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:

12.1	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA		
	REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	
	A CAPACIDAD LEGAL	X		
	B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	X		
	C CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONA			
	C.1 EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE	X		
	RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN	CALIFICA		
12.2	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.		
	REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	
	A CAPACIDAD LEGAL	X		
	B EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	X		
	C CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONA			
	C.1 EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE	X		
	RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN	CALIFICA		

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.

.....	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 N° 03 que forma parte de la presente Acta.

13 RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN

De acuerdo a la calificación realizada, el siguiente postor que obtuvo el **PRIMER LUGAR** lugar en orden de prelación, cumple los requisitos de calificación establecidos en las bases:

N°	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR
1	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA

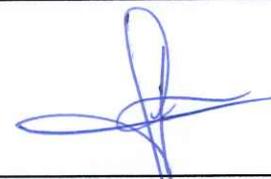
DE SER EL CASO INCLUIR:

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	-	-

14 ACUERDO ADOPTADO

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 los cuadros de Evaluación de Ofertas y Calificación adjuntos que forman parte del Acta.

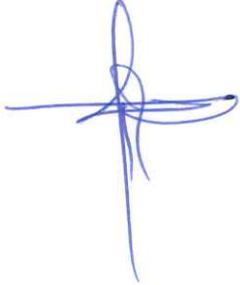
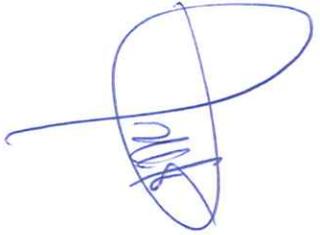
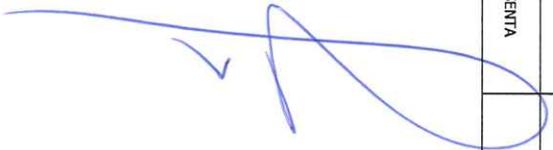
15	REQUELME PORTOCARRERO FRANK PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN - TITULAR	
	 PEREZ VEGA DIAFANOR PRIMER MIEMBRO - TITULAR	 CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS SEGUNDO MIEMBRO - TITULAR



ANEXO N° 1

ADQUISICIÓN DE UN (01) ECOGRAFO DOPPLER COLOR PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL LAS MERCEDES – CHICLAYO"

POSTOR N°	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA							ADMISION DE LA OFERTA TÉCNICA (CUMPLIMIENTO DE LA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA)
		a) Declaración Jurada de datos del postor. (Anexo N° 1)	b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta. (Vigencia de poder y/o DNI)	c) Declaración Jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento (Anexo N°2)	d) Declaración Jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia del Capítulo III de la presente sección. (Anexo N° 3)	e) Declaración Jurada de plazo de prestación del servicio. (Anexo N° 4)	f) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso. (Anexo N° 5)	g) El precio de la oferta en Soles y el detalle de precios unitarios, porcentajes u honorario fijo y comisión de éxito, según corresponda. (Anexo N° 6)	
1	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	NO CORRESPONDE	S/ 351,900.00	ADMITIDA
2	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	PRESENTA	NO CORRESPONDE	S/ 472,138.00	ADMITIDA





ANEXO N° 2

SERVICIO DE ACONDICIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

POSTOR N°	POSTOR	PRECIO DE LA OFERTA	ESTADO	PUNTAJE			PUNTAJE SUB TOTAL	BONIFICACIÓN DEL DIEZ POR CIENTO (10%) POR SERVICIOS PRESTADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE LIMA Y CALLAO	BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA	PUNTAJE TOTAL + BONIFICACIÓN (10%) + BONIFICACIÓN (5%)	ORDEN DE PRELACION
				PRECIO DE LA OFERTA	PLAZO DE ENTREGA	MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICA					
1	MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	S/ 351,900.00	ADMITIDA PARA SU EVALUACION	70.00	20	10.00	100.00	-	5.00	105.00	1
3	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.	S/ 472,138.00	ADMITIDA PARA SU EVALUACION	52.17	10	6.50	68.67	-	-	68.67	2
OBSERVACIONES											
NINGUNA											



ANEXO N° 3

SERVICIO DE ACONDICIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

POSTOR: MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA

A.- CAPACIDAD LEGAL

HABILITACIÓN **CUMPLE / NO CUMPLE**

Requisitos:
Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios). Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.
Autorización Sanitaria de Funcionamiento de acuerdo a Ley N° 29459 y el Reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA.

Acreditación: -
Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).
Copia simple de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de acuerdo a Ley N° 29459 y el Reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA

SI CUMPLE

B.- EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD **CUMPLE / NO CUMPLE**

Requisitos:
El postor debe acreditar un monto facturado acumulado de S/ 812,500.00 (Ochocientos doce mil quinientos con 00/100 Soles), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.
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/ 203,125.00 (Doscientos tres mil ciento veinticinco 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.
Se considerarán bienes similares a los siguientes: ECO CARDIÓGRAFOS, RAYOS X ESTACIONARIO, TOMÓGRAFOS, RAYOS X PORTÁTIL.

Acreditación:
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 pago11 correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

SI CUMPLE

N°	EMPRESA	NÚMERO DE DOCUMENTO	MONTO (S./)	OBSERVACIONES
1	DESARROLLO MEDICO SOC.RESP.LTDA	FFA1-26	318,580.00	NINGUNA
			318,580.00	

C.- APACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL

C.1.- EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE **CUMPLE / NO CUMPLE**

Requisitos:
Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria.

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.

SI CUMPLE

TÉCNICO ELECTRICISTA (01) - FREDDY QUESQUÉN CHANCAFE

N°	EMPRESA	CARGO	DESDE	HASTA	DIAS	OBSERVACIONES
1	CDI CENTRAL DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES S.A.C	INGENIERO DE SERVICIO TÉCNICO	1/01/2017	30/11/2020	1429	NINGUNA
TOTAL EXPERIENCIA					3.92	



ANEXO N° 3

SERVICIO DE ACONDICIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

POSTOR: CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.

A.- CAPACIDAD LEGAL

HABILITACIÓN **CUMPLE / NO CUMPLE**

Requisitos:
Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios). Vigentes a la fecha de presentación de propuestas, expedido por la DIGEMID a nombre del postor, que describa el producto ofertado.
Autorización Sanitaria de Funcionamiento de acuerdo a Ley N° 29459 y el Reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA.

Acreditación: -
Copia simple de la Resolución de autorización de registro sanitario o certificado de registro sanitario del bien ofertado, según lo establecido en el D.S. 016-2011 y sus modificatorias (Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).
Copia simple de Autorización Sanitaria de Funcionamiento de acuerdo a Ley N° 29459 y el Reglamento de establecimientos Farmacéuticos D.S. N° 014-2011-SA

SI CUMPLE

B.- EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD **CUMPLE / NO CUMPLE**

Requisitos:
El postor debe acreditar un monto facturado acumulado de S/ 812,500.00 (Ochocientos doce mil quinientos con 00/100 Soles), por la venta de bienes iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.
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/ 203,125.00 (Doscientos tres mil ciento veinticinco 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.
Se considerarán bienes similares a los siguientes: ECO CARDIÓGRAFOS, RAYOS X ESTACIONARIO, TOMÓGRAFOS, RAYOS X PORTÁTIL.

Acreditación:
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 pago11 correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

SI CUMPLE

N°	EMPRESA	NÚMERO DE DOCUMENTO	MONTO (S./)	OBSERVACIONES
1	GOBIERNO REGIONAL DE MOQUEGUA	N° 205-2024-GRM/ORO/OLSG	S/. 779,750.00	NINGUNA
2	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN HUANCAYO	N° 019-2023	S/ 549,500.00	NINGUNA
			S/ 1,329,250.00	

C.- APACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL

C.1 - EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE **CUMPLE / NO CUMPLE**

Requisitos:
Ingeniero Mecatrónico o Biomédico o Electrónico con experiencia de 03 años en instalación y/o implementación y/o Mantenimiento preventivo y correctivo de Equipos Médicos iguales al objeto de la convocatoria.

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.

SI CUMPLE

TÉCNICO ELECTRÓNICO (01) - HAROLD ANDRE HERRERA ESCATE

N°	EMPRESA	CARGO	DESDE	HASTA	DIAS	OBSERVACIONES
1	CONSULTORA Y EQUIPADORA MEDICA S.A.	ESPECIALISTA DE SERVICIO TÉCNICO DE EQUIPOS BIODIAGNÓSTICOS	11/03/2018	28/10/2024	2423	NINGUNA
TOTAL EXPERIENCIA					6.64	

FORMATO N° 22

**ACTA DE OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO:
BIENES, SERVICIOS EN GENERAL Y OBRAS
(PARA PROCEDIMIENTOS CUYA PRESENTACIÓN DE OFERTAS SE REALIZA EN ACTO PÚBLICO O PRIVADO)**

1	NÚMERO DE ACTA	AS-017-2024-HRDLM.CH/CS-1
----------	-----------------------	---------------------------

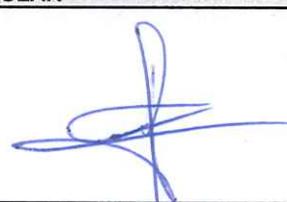
2	SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL
<p>En, Chiclayo, a los 29 días del mes de octubre del año 2024, en la sala de reuniones de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Docente Las Mercedes, a las 13:00 horas, se reunieron los integrantes del COMITÉ DE SELECCIÓN designados mediante Resolución Directoral N° 00846-2024-GR.LAMB/GERESA/HLM.CH/DE [515504298-15] encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° 0017-2024-HRDLM.CH/CS-1., cuyo objeto de convocatoria es el "ADQUISICIÓN DE UN (01) ECOGRAFO DOPPLER COLOR PARA EL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL LAS MERCEDES - CHICLAYO", a fin de OTORGAR LA BUENA PRO.</p>	

3	SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)				
El quorum necesario que exige la normativa de contratación del Estado se logró con la presencia de los siguientes miembros:					
Presidente	REQUELME PORTOCARRERO FRANK	Titular	X	Dependencia:	DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
		Suplente			
Primer Miembro	DIAFANOR PÉREZ VEGA	Titular	X	Dependencia:	UNIDAD DE LOGISTICA
		Suplente			
Segundo Miembro	CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS	Titular	X	Dependencia:	DIRECCIÓN/ADMINISTRACIÓN
		Suplente			

4	OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO	
De acuerdo con los resultados de la calificación, el postor ganador de la buena pro es:		
Nombre o razón social del postor ganador		Monto adjudicado
MEDISONICPERU SOCIEDAD ANONIMA CERRADA		351,900.00

5	BASE LEGAL
<p><u>Artículo 56 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado</u>: "Luego de la calificación de las ofertas, el comité de selección debe otorgar la buena pro, mediante su publicación en el SEACE".</p>	

6	ACUERDO ADOPTADO
Los integrantes del Comité de Selección, por UNANIMIDAD, otorgan la buena pro al postor mencionado en el numeral 4.	

7	REQUELME PORTOCARRERO FRANK PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN - TITULAR	
		
PEREZ VEGA DIAFANOR PRIMER MIEMBRO - TITULAR		CARLOS IVAN VILLALOBOS ROJAS SEGUNDO MIEMBRO - TITULAR