

FORMATO N° 11

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

1	NÚMERO DE ACTA	07-2023-HVRG-HZ
----------	-----------------------	-----------------

2	SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL
<p>En, Huaraz, a los 24 días del mes de mayo del año 2023, en la oficina de Programación de la Unidad de Logística, a las 10:00 horas, se reunieron los integrantes del Comité de Selección designados mediante Resolución Directoral N° 296-2023-DIRES-A-H-"VRG"HZ/D.E, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de la Adjudicación Simplificada N° 003-2023-HVRG-HZ , cuyo objeto de convocatoria es CONTRATACION DE BIENES PARA LA ADQUISICION DE POLIGELINA 3.5 G/100ML PARA EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA NIVEL II-2 HUARAZ, 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>	

3	SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)				
<p>El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros:</p>					
Presidente	M.C. JOSE LUIS GARCIA ACOSTA	Titular	X	Dependencia:	DIRECCION ADJUNTA
		Suplente			
Primer Miembro	Q.F. MARCO GYLNER TORRES COTILLO	Titular	X	Dependencia:	SERV. DE FARMACIA
		Suplente			
Segundo Miembro	Bach. WILMERTH W. MORENO VASQUEZ	Titular	X	Dependencia:	UNIDAD DE LOGISTICA
		Suplente			

4	DETALLE DE LOS PARTICIPANTES	
<p>De acuerdo con el cronograma establecido en las bases, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores:</p>		
N°	Nombre o razón social del participante	RUC
1	FRESENIUS KABI PERU S.A.	20381450377
2	MEDIFARMA S A	20100018625
3	B.BRAUN MEDICAL PERU S.A.	20377339461
...		

5	DETALLE DE LOS POSTORES		
<p>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:</p>			
N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación
1	MEDIFARMA S A	23/05/2023	14:06:52
2	FRESENIUS KABI PERU S.A.	23/05/2023	14:25:01
...			

6	<p>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 funcionales y condiciones de las Especificaciones Técnicas previstas en las bases.</p>
----------	---

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

1 de 4

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 fueron admitidas por lo que se procederá con su evaluación:

N°	Nombre o razón social del postor	Item(s) a los que postula
1	FRESENIUS KABI PERU S.A.	1
2	MEDIFARMA S A	1
...		

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	FRESENIUS KABI PERU S.A.	62,790.00	59.01
2	MEDIFARMA S A	65,100.00	61.18
...			

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 ADJUNTO que forma parte de la presente Acta.

10 PUNTAJE DE LAS OFERTAS DE LOS POSTORES

COMPLETAR EL DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE CADA POSTOR

10.1	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1	FRESENIUS KABI PERU S.A.	
	FACTORES		PUNTAJES
	PRECIO		100 puntos
	PLAZO DE ENTREGA	 puntos
	SOSTENIBILIDAD SOCIAL	 puntos
	GARANTÍA COMERCIAL DEL POSTOR	 puntos
	DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y REPUESTOS	 puntos
	CAPACITACIÓN DE PERSONAL	 puntos
	MEJORAS A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	 puntos
	SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES		100 puntos
10.2	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2	MEDIFARMA S A	
	FACTORES		PUNTAJES
	PRECIO		96.45 puntos
	SUMATORIA TOTAL DE PUNTAJES		96.45 puntos

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
1	FRESENIUS KABI PERU S.A.	100 puntos
2	MEDIFARMA S A	96.45 puntos
...		

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

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)**

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		FRESENIUS KABI PERU S.A.		
	REQUISITOS DE CALIFICACIÓN			CUMPLE	NO CUMPLE
	A	CAPACIDAD LEGAL			
	A.1	REPRESENTACIÓN		X	
	A.2	HABILITACIÓN		X	
	B	EXPERIENCIA DEL POSTOR			
	B.1	FACTURACIÓN		X	
	C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL			
	C.1	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE (SOLO PARA MODALIDAD DE EJECUCIÓN LLAVE EN MANO)		X	
	RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN			SI CUMPLE	
12.2	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 2		MEDIFARMA S A		
	REQUISITOS DE CALIFICACIÓN			CUMPLE	NO CUMPLE
	A	CAPACIDAD LEGAL			
	A.1	REPRESENTACIÓN		X	
	A.2	HABILITACIÓN		X	
	B	EXPERIENCIA DEL POSTOR			
	B.1	FACTURACIÓN		X	
	C	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL			
	C.1	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE (SOLO PARA MODALIDAD DE EJECUCIÓN LLAVE EN MANO)		X	
	RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN			SI CUMPLE	

SI NINGUNO DE LOS DOS POSTORES CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN, EL COMITÉ DE SELECCIÓN O EL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES, SEGÚN CORRESPONDA, DEBE VERIFICAR LOS REQUISITOS DE CALIFICACIÓN DE LOS POSTORES ADMITIDOS, 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 ... 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 en orden de prelación, cumple los requisitos de calificación establecidos en las bases:

N°	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR
1	FRESENIUS KABI PERU S.A.

DE SER EL CASO INCLUIR:

Asimismo, los siguientes postores fueron descalificados por no cumplir los requisitos de calificación especificados en las bases:

N°	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR	CONSIGNAR LAS RAZONES DE SU DESCALIFICACIÓN
-----------	---	--

FORMATO N° 11

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

1		
2		
...		

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

15


M.C. José L. GARCIA ACOSTA
Presidente


Q.F. Marco G. TORRES COTILLO
Primer Miembro


Bach. Wilmerth W. MORENO VASQUEZ
Segundo Miembro

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

ANEXO 1 - EVALUACION DE REQUISITOS

DOCUMENTOS PARA LA ADMISION DE OFERTAS	FRESENIUS KABI	MEDIFARMA
	CUMPLE	
a) Declaración jurada de datos del postor. (Anexo N° 1)	SI	SI
b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta	SI	SI
c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (Anexo N° 2)	SI	SI
d) Declaración jurada de cumplimiento de las Especificaciones Técnicas contenidas en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (Anexo N° 3)	SI	SI
e) Copia simple del Certificado de Buenas Practicas de Almacenamiento vigente, a nombre del proveedor, emitido por la DIGEMID como ANM o por la ARM, según corresponda, de acuerdo a la legislación y la normatividad vigente. Solo en el caso que el proveedor sea laboratorio nacional fabricante del bien, se presentara la copia simple del Certificado de BPM	SI	SI
f) Copia simple de certificado de Buenas Practicas de Distribución y Transporte B PDT vigente, de acuerdo a la normativa y legislación vigente emitido por la DIGEMID.	SI	SI
g) Copia simple de Certificado de Buenas Practicas de Manufactura – BPM vigente. tambien se aceptará la vigencia prorrogada, más documento emitido por DIGEMID.	SI	SI
h) Copia simple del Registro Sanitario o Certificado Sanitario vigente, emitido por la DIGEMID, tambien aceptará la vigencia prorrogada, documento emitido por DIGEMID.	SI	SI
i) Copia simple del Certificado de análisis o Protocolo de análisis del bien ofertado de acuerdo a la farmacopea vigente.	SI	SI
j) Declaración jurada de plazo de entrega. (Anexo N° 4)	SI	SI
k) 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
l) El precio de la oferta en SOLES Adjuntar obligatoriamente el Anexo 6.	62,790.00	65,100.00
CARACTERISTICAS - ESPECIFICACIONES TECNICAS	CUMPLE	
POLIGELINA, 3.5 %, INYECTABLE, 500 mL	SI	SI
Envase y embalaje	SI	SI
Rotulado debe corresponder al producto farmacéutico, de acuerdo a lo autorizado en su registro sanitario.	SI	SI
Inserto	SI	SI
REQUISITOS DEL PROVEEDOR		
- Copia simple de la Resolución Directoral de Autorización Sanitaria de Funcionamiento y de sus Cambios Otorgados al Establecimiento del Proveedor emitidas por la DIGEMID.	SI	SI
- Copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento - BPA vigente a nombre del establecimiento Farmacéutico del proveedor, emitido por ANM o ARM, según corresponda.	SI	SI
- Copia simple del Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario vigente emitido por la DIGEMID.	SI	SI
- Certificado de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte de productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos sanitarios emitidas por la DIGEMID.	SI	SI
- Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) vigente del fabricante u equivalente que acredite la misma función.	SI	SI
GARANTÍA COMERCIAL (24 meses a partir de la fecha de recepción del bien)	SI	SI
PLAZO DE ENTREGA: 10 días calendarios. se contabilizará a partir del siguiente de la notificación de la orden de compra	SI	SI
Documentación de presentación facultativa	CUMPLE	
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.		
b) Solicitud de bonificación del cinco por ciento (5%) por tener la condición de micro y pequeña empresa (Anexo N°10).		
HABILITACIÓN	CUMPLE	
• Certificado y/o Resolucion Emitido por la DIGEMID	SI	SI
• Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario .	SI	SI
• Certificado de Buenas Practicas de Manufactura (CBPM) vigente	SI	SI
• Certificado de Buenas Practicas de Almacenamiento (CBPA) vigente	SI	SI
• certificado de buenas practicas de distribución y trasporte de productos farmacéuticos y productos sanitarios.	SI	SI

M.C. José L. GARCIA ACOSTA
Presidente

Q.F. Marco G. TORRES COTILLO
Primer Miembro

Bach. Wilmerth W. MORENO VASQUEZ
Segundo Miembro