

En el distrito de San Isidro, departamento de Lima, siendo las 10:00 horas del día 10 de setiembre de 2024, se reúnen los miembros del Comité de Selección, encargados de conducir el procedimiento en mención: Eder Cisneros Moya (Presidente – Titular), Gina Bárcena Luza (Primer Miembro – suplente) y Maria Cristina Nieto Rivera (Segundo Miembro – Titular), a efectos de iniciar el proceso de revisión de las ofertas presentadas al Procedimiento de Selección **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 020-2024-SIS-FISSAL-1 “SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS DE SAN MARTIN DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN”**.

En virtud de lo expuesto, con fecha 29 de agosto 2024 según calendario registrado en el SEACE se llevó a cabo el Acto de presentación de ofertas (vía electrónica):

ÍTEM	POSTOR	
	NOMBRE DE LA EMPRESA	RUC N°
1	CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C.	20604764760
2	NO SE PRESENTARON PROPUESTAS AL ITEM	
3	CONSORCIO NEFROCLINICA RENAIIS (conformado por NEFROCLINICA RENAIIS S.A.C. con RUC N°20606871831 y CENTRO RENAL SAN MARTIN S.A.C. con RUC 20602833772)	20606871831

#### I. ADMISIÓN DE OFERTAS:

Se verifica que éstas se encuentran debidamente visadas y foliadas correlativamente en cada una de sus hojas. A continuación, siguiendo lineamientos establecidos en el numeral 73.2 del Art. 73° del Reglamento de la Ley de Contrataciones:

***“73.2 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 artículo 52 y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos funcionales y condiciones de las especificaciones técnicas especificadas en las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida”*** (Énfasis agregado)

Se realizó la siguiente revisión:

REQUISITOS	POSTOR	ÍTEM 1	ÍTEM 3
		CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C.	CONSORCIO NEFROCLINICA RENAIIS
a)	Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N.º 1)	Cumple	Cumple
b)	Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta	Cumple	Cumple
c)	Declaración Jurada de acuerdo con el literal b) del Art. 52º del Reglamento (Anexo N° 2)	Cumple	Cumple
d)	Declaración Jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de las Bases (Anexo N° 3)	Cumple	Cumple
e)	Declaración Jurada de plazo de prestación del servicio (Anexo N° 4)	Cumple	Cumple
f)	Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso. (Anexo N° 5)	No aplica	Cumple
g)	El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 06	Cumple	Cumple
<b>CONDICIÓN</b>		<b>Admitido</b>	<b>Admitido</b>

Asimismo; se precisa que, el postor CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C.; y el postor CONSORCIO NEFROCLINICA RENAIIS (conformado por NEFROCLINICA RENAIIS S.A.C. con RUC N°20606871831 y CENTRO RENAL SAN MARTIN S.A.C. con RUC 20602833772) presentaron la declaración jurada de cumplimiento de condiciones para la aplicación de la exoneración del IGV (Anexo N°7).

Se observa que el postor CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C., **no ha indicado en el anexo 06 el tributo del que es materia de exoneración.**

## II. EVALUACIÓN DE OFERTA ADMITIDA

Se procede a evaluar las ofertas admitidas a fin de determinar el puntaje y orden de prelación, según el factor de evaluación enunciado en el capítulo IV de las Bases del procedimiento y según lineamiento establecido en el numeral 74.1 del Art. 74º del Reglamento de la Ley de Contrataciones:

**ACTA N° 01-2024**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 20-2024-SIS-FISSAL-1**

**“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE SAN MARTIN DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN”**

ÍTEM	CANTIDAD DE PACIENTES MENSUAL	POSTOR	FACTORES DE EVALUACIÓN					PUNTAJE TOTAL	ORDEN DE PRELACIÓN
			PRECIO (93 PUNTOS)			SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (5 PUNTOS)	INTEGRIDAD EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA (2 PUNTOS)		
			COSTO UNITARIO OFERTADO	COSTO TOTAL OFERTADO	PUNTAJE PRECIO (93 PUNTOS)				
1	30	CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C.	360.00	5'054,400.00 (*)	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
3	15	CONSORCIO NEFROCLINICA RENAIIS (conformado por NEFROCLINICA RENAIIS S.A.C. con RUC N°20606871831 y CENTRO RENAL SAN MARTIN S.A.C. con RUC 20602833772)	327.48	2'298,909.60	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1

(\*) Se advierte que la oferta económica presentada por el postor CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C. para el ítem 01 supera al valor estimado.

### III. CALIFICACIÓN:

En ese sentido, de acuerdo a lo establecido en el Art. 75° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado:

*“75.1 Luego de culminada la evaluación, el comité de selección califica a los postores que obtuvieron el primer y segundo lugar, según el orden de prelación, verificando que cumplan con los requisitos de calificación especificados en las bases. La oferta del postor que no cumpla con los requisitos de calificación es descalificada”*

Se procede a calificar la oferta del postor, verificando que cumpla con los requisitos de calificación especificados en las bases.

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	ÍTEM 1
	CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C.
<b>A. CAPACIDAD LEGAL</b>	
<b>HABILITACIÓN</b>	
<b>REQUISITO:</b>	FOLIO 15-42
<ul style="list-style-type: none"> <li>Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.</li> <li>Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD</li> </ul>	<b>SI CUMPLE</b>
<b>ACREDITACIÓN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta copia de Resolución Jefatural N°278-2021-GRSM/DIRESA-SM/DIREFISA del 26 de julio de 2021, que resuelve asignar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – CENTRO DE HEMODIALISIS a CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO con RUC N°20604764760 CUI N°00029813 ubicado en Jr. Cabo Alberto Leveau N°411, distrito de Tarapoto, provincia y departamento de San Martín.</li> </ul>

**ACTA N° 01-2024  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 20-2024-SIS-FISSAL-1**

**“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE SAN MARTIN DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN”**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes.</li> <li>• Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.</li> </ul>						<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentan copia del RENIPRESS del CUI 000029813, del establecimiento CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C. ubicado en Jr. Cabo Alberto Leveau N°411, distrito de Tarapoto, provincia y departamento de San Martín, con RUC 20604764760, en condición de ACTIVO.</li> </ul>																													
<b>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>																																			
<b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>																																			
<b>B.1.1 Máquina de Hemodiálisis</b>						FOLIO 45-46																													
<b>REQUISITO:</b> El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:						<b>SI CUMPLE</b> (Acreditan posesión de 18 máquinas de hemodiálisis)																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº de ítem</th> <th>Descripción del servicio</th> <th>Cantidad de pacientes mensual</th> <th>Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)</th> <th>Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)</th> <th>Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">1</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-5</td> <td align="center">30</td> <td align="center">4</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td align="center">2</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-6</td> <td align="center">15</td> <td align="center">2</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td align="center">6</td> </tr> <tr> <td align="center">3</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-7</td> <td align="center">15</td> <td align="center">2</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td align="center">6</td> </tr> </tbody> </table>						Nº de ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-5	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-6	15	2	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	6	3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-7	15	2	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentan copia de factura electrónica N°F001-0041451 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C. de 18 máquinas de hemodiálisis con series: J21639S, J21640S, J21641S, J21642S, J21643S, J21644S, J21645S, J21646S, J21647S, J21648S, J21649S, J21650S, J21651S, J21652S, J21653S, J21654S, J21658S, J21681S.</li> </ul>					
Nº de ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes																														
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-5	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																														
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-6	15	2	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	6																														
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-7	15	2	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	6																														
(a) Una máquina de hemodiálisis solo puede atender un paciente por turno, en una secuencia. Considerando que exista cuatro turnos de atención (mayor demanda) en dos secuencias, el máximo de pacientes atendidos por una máquina es de ocho (08). (b) En caso el postor presente su oferta a más de un ítem, deberá presentar su oferta respetando la capacidad de atención a pacientes, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 845-2007/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis”, considerando que la cantidad de máquinas que debe contar la IPRESS es el siguiente: hasta cinco (05) máquinas de hemodiálisis por módulo (la IPRESS debe contar con 3 módulos de atención como máximo), una (01) máquina de emergencia por cada 1 ó 2 módulos, una (01) máquina de soporte técnico por cada 1 ó 2 módulos, una (01) máquina de cebado y una (01) máquina en el local aislado. Asimismo, si la IPRESS cuenta con tres (03) módulos de atención de cinco (05) puestos de hemodiálisis, el o los puestos de hemodiálisis en el local aislado formaran parte de los tres (03) módulos.																																			
<b>ACREDITACIÓN:</b> Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido																																			
<b>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>																																			
<b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>																																			

**ACTA N° 01-2024**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 20-2024-SIS-FISSAL-1**

**“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE SAN MARTIN DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN”**

<b>B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua</b>	FOLIO 67-69
<p><b>REQUISITO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Filtro de sedimentos o multimedia o partículas.</li> <li>Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera.</li> <li>Filtro de carbón activado.</li> <li>Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso.</li> <li>Filtro de hasta cinco (05) micrómetros.</li> </ul> <p><b>ACREDITACIÓN:</b> Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p style="text-align: center;"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentan copia de Factura electrónica E001-169 emitida por HIDROCYR COMPANY SAC a favor de CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C. por la compra del sistema de tratamiento de agua purificada por osmosis inversa de doble paso, entre otros.</li> <li>Presentan constancia de operatividad y buen funcionamiento emitida por HIDROCYR COMPANY SAC con RUC 20601865280 que garantiza que todos los equipos instalados en la planta de tratamiento de agua del CENTRO DE HEMODIALISIS TARAPOTO S.A.C se encuentran operativos y en buen funcionamiento; que incluye los siguientes equipos: Filtro de sedimentos, dos ablandadores alternados con tanque de salmuera para regeneración de resina, filtro de carbón activado, equipo de ósmosis inversa, filtro de hasta 5um, entre otros.</li> </ul>
<b>C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>	FOLIO: 70-101
<p><b>REQUISITO:</b> El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/1'000,000.00 (Un millón con 00/100 soles) para el ítem 1, y un monto facturado acumulado equivalente a S/500,000.00 (Quinientos mil con 00/100 soles) para el ítem 2 y 3; por la contratación de servicios 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>Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p><b>ACREDITACIÓN:</b> 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 abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. 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 <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, 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 style="text-align: center;"><b>NO CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta Anexo N.° 08</li> <li>Presenta Contrato N.°021-2023-SIS-FISSAL de fecha 29/04/2023, por el servicio de atención ambulatoria integral del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis en la provincia de San Martin del departamento de San Martin, suscrito por el consorcio conformado por CENTRO DE DIÁLISIS TARAPOTO SAC y NEFROVIDA LA FLORIDA SAC.</li> </ul> <p>Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestación N.°0136-2024-SIS-FISSAL, en el que se consigna un importe de S/1'130,728.38.</p> <p>Se observa que el postor no ha adjudicado en contrato de consorcio y/o promesa formal de consorcio, por lo que no se puede determinar su participación en el referido consorcio.</p> <p>Se precisa que, para la acreditación del requisito de calificación Experiencia del Postor las bases integradas establecen lo siguiente:</p> <p>(...)  <i>“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.”</i></p> <p>Por las consideraciones antes expuestas, <b>no se valida</b> la experiencia presentada por el postor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta Contrato N.°033-2023-SIS-FISSAL de fecha 19/10/2023, por la contratación del servicio de hemodiálisis convencional ambulatoria sin rehúso para la red asistencial Tarapoto del seguro social de salud- ESSALUD, suscrito por el consorcio conformado por CENTRO DE DIÁLISIS TARAPOTO SAC y NEFROVIDA LA FLORIDA SAC.</li> </ul> <p>Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de cumplimiento de Prestación N.° 30-2024, en el que se consigna un importe de ejecución de 1'567,781.04. Se observa que en este documento la entidad emisora ha omitido consignar los integrantes del consorcio y su porcentaje de obligaciones, habiéndose solo consignado al CENTRO DE DIÁLISIS TARAPOTO SAC. Se observa que el postor no ha adjudicado en contrato de consorcio y/o promesa formal de consorcio, por lo que no se puede determinar su participación en el referido consorcio.</p>

**ACTA N° 01-2024  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 20-2024-SIS-FISSAL-1**

**“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE SAN MARTIN DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN”**

<p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el <b>Anexo N° 9</b>.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios 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 servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p>	<p>Se precisa que, para la acreditación del requisito de calificación Experiencia del Postor las bases integradas establecen lo siguiente:</p> <p>(...)  <i>“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.”</i></p> <p>Por las consideraciones antes expuestas, <b>no se valida</b> la experiencia presentada por el postor.</p>
<b>DESCALIFICADA</b>	

<b>DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>	<b>ÍTEM 2</b>
<b>A. CAPACIDAD LEGAL</b>	<b>CONSORCIO NEFROCLINICA RENAIS</b>
<b>HABILITACIÓN</b>	<b>FOLIO 48-68</b>
<p><b>REQUISITO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.</li> <li>• Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD</li> </ul> <p><b>ACREDITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes.</li> <li>• Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta copia de Resolución Jefatural N°051-2023-GRSM/DIRESA/DIREFISSA del 22 de marzo de 2023, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – CENTRO DE HEMODIALISIS a NEFROCLINICA RENAIS S.A.C. con RUC N°20606871831 ubicado en carretera Fernando Belaunde Terry N°579 Cdra. 05, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martin.</li> <li>- Presentan copia del RENIPRESS del CUI 0000332627, del establecimiento NEFROCLINICA RENAIS S.A.C. ubicado en carretera Fernando Belaunde Terry N°579 Cdra. 05, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martin, con RUC 20606871831, en condición de ACTIVO.</li> <li>- Presenta copia de Resolución Jefatural N°0296-2024-GRSM/DIRESA/DIREFISSA del 9 de setiembre de 2024, que resuelve asignar la categoría de Servicio Médico de Apoyo –UPS Hemodiálisis con razón social al CENTRO RENAL SAN MARTIN S.A.C. con RUC 20602833772 con CUI 00026161, ubicado en av. Almirante Miguel Grau N°208, distrito y provincia de Moyobamba, departamento de San Martin.</li> <li>- Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00026161, del establecimiento CENTRO RENAL SAN MARTIN S.A.C. ubicado en av. Almirante Miguel Grau N°208, distrito y provincia de Moyobamba, departamento de San Martin, con RUC 20602833772, en condición de ACTIVO.</li> </ul>
<b>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>	
<b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	
<b>B.1.1 Máquina de Hemodiálisis</b>	<b>FOLIO 66-68</b>
<p><b>REQUISITO:</b> El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:</p>	<p><b>SI CUMPLE</b> (Acreditan posesión de 19 máquinas de hemodiálisis)</p>

**ACTA N° 01-2024  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 20-2024-SIS-FISSAL-1**

**“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE SAN MARTIN DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN”**

Nº de ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-5	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-6	15	2	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	6
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – San Martín 24-7	15	2	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	6

(a) Una máquina de hemodiálisis solo puede atender un paciente por turno, en una secuencia. Considerando que exista cuatro turnos de atención (mayor demanda) en dos secuencias, el máximo de pacientes atendidos por una máquina es de ocho (08).

(b) En caso el postor presente su oferta a más de un ítem, deberá presentar su oferta respetando la capacidad de atención a pacientes, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 845-2007/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis”, considerando que la cantidad de máquinas que debe contar la IPRESS es el siguiente: hasta cinco (05) máquinas de hemodiálisis por módulo (la IPRESS debe contar con 3 módulos de atención como máximo), una (01) máquina de emergencia por cada 1 ó 2 módulos, una (01) máquina de soporte técnico por cada 1 ó 2 módulos, una (01) máquina de cebado y una (01) máquina en el local aislado. Asimismo, si la IPRESS cuenta con tres (03) módulos de atención de cinco (05) puestos de hemodiálisis, el o los puestos de hemodiálisis en el local aislado formaran parte de los tres (03) módulos.

**ACREDITACIÓN:**  
Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido

**B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL**

**B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO**

**B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua**

FOLIO 94-105

- Presentan copia de factura electrónica N°F001-0049216 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de NEFROCLINICA RENAI S.A.C. de 1 máquina de hemodiálisis con series: J22940S.

- Presentan copia de factura electrónica N°F001-0061302 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de NEFROCLINICA RENAI S.A.C. de 18 máquina de hemodiálisis con series: J22602S, J26603S, J26604S, J26605S, J26606S, J26607S, J26908S, J26909S, J26593S, J26594S, J26595S, J26596S, J26597S, J26598S, J26599S, J26600S, J26601S, J26910S.

**ACTA N° 01-2024  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 20-2024-SIS-FISSAL-1**

**“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE SAN MARTIN DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN”**

<p><b>REQUISITO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Filtro de sedimentos o multimedia o partículas.</li> <li>Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera.</li> <li>Filtro de carbón activado.</li> <li>Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso.</li> <li>Filtro de hasta cinco (05) micrómetros.</li> </ul> <p><b>ACREDITACIÓN:</b> Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p align="center"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentan copia de Factura electrónica E001-235 emitida por SUMIDIAL PERU EIRL. a favor de NEFROCLINICA RENAI S.A.C. por la compra de planta de tratamiento de agua, filtro de carbón activado, tanque salmuera, entre otros.</li> <li>Presentan copia de Factura electrónica E001-236 emitida por SUMIDIAL PERU EIRL. a favor de NEFROCLINICA RENAI S.A.C. por la compra de osmosis inversa, entre otros.</li> <li>Presentan constancia de funcionamiento emitida por SUMIDIAL EIRL con RUC 20604694478 que la operatividad y validación de la calidad del agua de la planta de agua de la empresa NEFROCLINICA RENAI S.A.C. con RUC 20606871831, ubicado en en carretera Fernando Belaunde Terry N°579 Cdra. 05, distrito de La Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín; que incluye los siguientes equipos: Filtro de sedimentos, dos ablandadores alternados con tanque de salmuera para regeneración de resina, filtro de carbón activado, equipo de ósmosis inversa, filtro de hasta Sum, entre otros.</li> </ul>
<p><b>C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b></p>	<p align="center">FOLIO: 108 - 132</p>
<p><b>REQUISITO:</b> El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/1'000,000.00 (Un millón con 00/100 soles) para el ítem 1, y un monto facturado acumulado equivalente a S/500,000.00 (Quinientos mil con 00/100 soles) para el ítem 2 y 3; por la contratación de servicios 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>Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p><b>ACREDITACIÓN:</b> 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 abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. 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 <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, 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 align="center"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta Anexo N.° 08</li> <li>Presenta Contrato N.° 08-2021-SIS-FISSAL/CP, de fecha 07/04/2021, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en la provincia de Moyobamba del departamento de San Martín, por el importe de S/1'158,300.00.</li> </ul> <p>Presenta Adenda N.° 01 al Contrato.° 08-2021-SIS-FISSAL/CP, cuyo objeto es la ejecución de prestaciones adicionales por el importe de S/289,575.00.</p> <p>Acredita el cumplimiento de referido contrato mediante Constancia de Prestación N.° 027-2023-SIS-FISSAL, de fecha 21/04/2023, en el cual se acredita el importe ejecutado de S/1'158,300.00, por el contrato original y S/289,575.00 por las prestaciones adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta contrato complementario al Contrato N.° 08-2021-SIS-FISSAL/CP, de fecha 23/03/2022, por el importe de S/347,490.00.</li> </ul> <p>Acredita el cumplimiento de referido contrato mediante Constancia de Prestación N.° 028-2023-SIS-FISSAL, de fecha 21/04/2023, en el cual se acredita el importe ejecutado de S/347,490.00.</p>

**ACTA N° 01-2024**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 20-2024-SIS-FISSAL-1**

**“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE SAN MARTIN DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN”**

<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 <b>Anexo N° 9</b>.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios 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 servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p>	
<b>SITUACIÓN</b>	<b>CALIFICADA</b>

**IV. ACUERDO TOMADO POR UNANIMIDAD:**

- 4.1** Declarar desierto el ítem N.° 01, debido a que la única oferta presentada ha sido descalificada.
- 4.2** Declarar desierto el ítem N.° 02, debido a que no se presentaron ofertas.
- 4.3** Otorgar la buena pro del ítem N.° 03, según se detalla:

ÍTEM	CANTIDAD DE PACIENTES MENSUAL	POSTOR	PRECIO UNITARIO OFERTADO	PRECIO TOTAL OFERTADO
3	15	CONSORCIO NEFROCLINICA RENAI (conformado por NEFROCLINICA RENAI S.A.C. con RUC N°20606871831 y CENTRO RENAL SAN MARTIN S.A.C. con RUC 20602833772)	S/ 327.48	S/ 2'298,909.60

ACTA N° 01-2024  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 20-2024-SIS-FISSAL-1  
"SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE SAN MARTIN DEL  
DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN"

4.4 Publicar los resultados del procedimiento de selección en el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado – SEACE.

Siendo las 15:10 horas del 10 de setiembre 2024, se dio por concluida la sesión, firmando en señal de conformidad la presente acta.



---

Eder Cisneros Moya  
Presidente – Titular



---

Gina Barcena Luza  
Primer Miembro– Suplente



---

Maria Cristina Nieto Rivera  
Segundo Miembro – Titular