

# **BASES INTEGRADAS**

## **BASES INTEGRADAS DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL**

*Aprobado mediante Directiva N°001-2019-OSCE/CD*



**SUB DIRECCIÓN DE NORMATIVIDAD – DIRECCIÓN TÉCNICO NORMATIVA**  
ORGANISMO SUPERVISOR DE LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO - OSCE

**SIMBOLOGÍA UTILIZADA:**

N°	Símbolo	Descripción		
1	[ABC] / [.....]	La información solicitada dentro de los corchetes sombreados debe ser completada por la Entidad durante la elaboración de las bases.		
2	[ABC] / [.....]	Es una indicación, o información que deberá ser completada por la Entidad con posterioridad al otorgamiento de la buena pro para el caso específico de la elaboración de la PROFORMA DEL CONTRATO; o por los proveedores, en el caso de los ANEXOS de la oferta.		
3	<table border="1"> <tr> <td><b>Importante</b></td> </tr> <tr> <td>• Abc</td> </tr> </table>	<b>Importante</b>	• Abc	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores.
<b>Importante</b>				
• Abc				
4	<table border="1"> <tr> <td><b>Advertencia</b></td> </tr> <tr> <td>• Abc</td> </tr> </table>	<b>Advertencia</b>	• Abc	Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores.
<b>Advertencia</b>				
• Abc				
5	<table border="1"> <tr> <td><b>Importante para la Entidad</b></td> </tr> <tr> <td>• Xyz</td> </tr> </table>	<b>Importante para la Entidad</b>	• Xyz	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y deben ser eliminadas una vez culminada la elaboración de las bases.
<b>Importante para la Entidad</b>				
• Xyz				

**CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:**

Las bases estándar deben ser elaboradas en formato WORD, y deben tener las siguientes características:

N°	Características	Parámetros
1	Márgenes	Superior : 2.5 cm      Inferior: 2.5 cm Izquierda: 2.5 cm      Derecha: 2.5 cm
2	Fuente	Arial
3	Estilo de Fuente	Normal: Para el contenido en general Cursiva: Para el encabezado y pie de página Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
4	Color de Fuente	Automático: Para el contenido en general Azul : Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
5	Tamaño de Letra	16 : Para las dos primeras hojas de las Secciones General y Específica 11 : Para el nombre de los Capítulos. 10 : Para el cuerpo del documento en general 9 : Para el encabezado y pie de página Para el contenido de los cuadros, pudiendo variar, según la necesidad 8 : Para las Notas al pie
6	Alineación	Justificada: Para el contenido en general y notas al pie. Centrada : Para la primera página, los títulos de las Secciones y nombres de los Capítulos)
7	Interlineado	Sencillo
8	Espaciado	Anterior : 0 Posterior : 0
9	Subrayado	Para los nombres de las Secciones y para resaltar o hacer hincapié en algún concepto

**INSTRUCCIONES DE USO:**

- Una vez registrada la información solicitada dentro de los corchetes sombreados en gris, el texto deberá quedar en letra tamaño 10, con estilo normal, sin formato de negrita y sin sombreado.
- La nota **IMPORTANTE** no puede ser modificada ni eliminada en la Sección General. En el caso de la Sección Específica debe seguirse la instrucción que se indica en dicha nota.

Elaboradas en enero de 2019

Modificadas en marzo, junio y diciembre de 2019, julio 2020, julio y diciembre 2021, junio y octubre de 2022

## **BASES INTEGRADAS DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL**

### **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N°** AS-HOMOLOGACIÓN-SM-2-2024-ESSALUD/RAICA-1

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE**  
ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL  
CRÓNICA ESTADÍO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA EL HOSPITAL IV AGUSTO  
HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RED ASISTENCIAL ICA POR UN PERIODO DE  
DOCE MESES

## DEBER DE COLABORACIÓN

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista, deben conducir su actuación conforme a los principios previstos en la Ley de Contrataciones del Estado.

En este contexto, se encuentran obligados a prestar su colaboración al OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI, en todo momento según corresponda a sus competencias, a fin de comunicar presuntos casos de fraude, colusión y corrupción por parte de los funcionarios y servidores de la Entidad, así como los proveedores y demás actores que participan en el proceso de contratación.

De igual forma, deben poner en conocimiento del OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI los indicios de conductas anticompetitivas que se presenten durante el proceso de contratación, en los términos del Decreto Legislativo N° 1034, "Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas", o norma que la sustituya, así como las demás normas de la materia.

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista del proceso de contratación deben permitir al OSCE o a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI el acceso a la información referida a las contrataciones del Estado que sea requerida, prestar testimonio o absolución de posiciones que se requieran, entre otras formas de colaboración.

## **SECCIÓN GENERAL**

### **DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

(ESTA SECCIÓN NO DEBE SER MODIFICADA EN NINGÚN EXTREMO, BAJO SANCIÓN DE NULIDAD)

## CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 1.1. REFERENCIAS

Cuando en el presente documento se mencione la palabra Ley, se entiende que se está haciendo referencia a la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y cuando se mencione la palabra Reglamento, se entiende que se está haciendo referencia al Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N° 344-2018-EF.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

### 1.2. CONVOCATORIA

Se realiza a través de su publicación en el SEACE de conformidad con lo señalado en el artículo 54 del Reglamento, en la fecha señalada en el calendario del procedimiento de selección, debiendo adjuntar las bases y resumen ejecutivo.

### 1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

El registro de participantes se realiza conforme al artículo 55 del Reglamento. En el caso de un consorcio, basta que se registre uno (1) de sus integrantes.

#### Importante

- *Para registrarse como participante en un procedimiento de selección convocado por las Entidades del Estado Peruano, es necesario que los proveedores cuenten con inscripción vigente y estar habilitados ante el Registro Nacional de Proveedores (RNP) que administra el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE). Para obtener mayor información, se puede ingresar a la siguiente dirección electrónica: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe).*
- *Los proveedores que deseen registrar su participación deben ingresar al SEACE utilizando su Certificado SEACE (usuario y contraseña). Asimismo, deben observar las instrucciones señaladas en el documento de orientación "Guía para el registro de participantes electrónico" publicado en <https://www2.seace.gob.pe/>.*
- *En caso los proveedores no cuenten con inscripción vigente en el RNP y/o se encuentren inhabilitados o suspendidos para ser participantes, postores y/o contratistas, el SEACE restringirá su registro, quedando a potestad de estos intentar nuevamente registrar su participación en el procedimiento de selección en cualquier otro momento, dentro del plazo establecido para dicha etapa, siempre que haya obtenido la vigencia de su inscripción o quedado sin efecto la sanción que le impuso el Tribunal de Contrataciones del Estado.*

### 1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

La formulación de consultas y observaciones a las bases se efectúa de conformidad con lo establecido en los numerales 72.1 y 72.2 del artículo 72 del Reglamento, así como el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

#### Importante

*No pueden formularse consultas ni observaciones respecto del contenido de una ficha de homologación aprobada. Las consultas y observaciones que se formulen sobre el particular, se tienen como no presentadas.*

### 1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

La absolución de consultas, observaciones e integración de las bases se realizan conforme a las disposiciones previstas en el numeral 72.4 del artículo 72 del Reglamento y el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

#### Importante

- *No se absolverán consultas y observaciones a las bases que se presenten en forma física.*
- *Cuando exista divergencia entre lo indicado en el pliego de absolución de consultas y observaciones y la integración de bases, prevalece lo absuelto en el referido pliego; sin perjuicio, del deslinde de responsabilidades correspondiente.*

### 1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas se presentan conforme lo establecido en el artículo 59 y en el artículo 90 del Reglamento.

Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita o digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales<sup>1</sup>). Los demás documentos deben ser visados por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en el caso de persona natural, por este o su apoderado. No se acepta el pegado de la imagen de una firma o visto. Las ofertas se presentan foliadas.

#### Importante

- *Los formularios electrónicos que se encuentran en el SEACE y que los proveedores deben llenar para presentar sus ofertas, tienen carácter de declaración jurada.*
- *En caso la información contenida en los documentos escaneados que conforman la oferta no coincida con lo declarado a través del SEACE, prevalece la información declarada en los documentos escaneados.*
- *No se tomarán en cuenta las ofertas que se presenten en físico a la Entidad.*

### 1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

El participante presentará su oferta de manera electrónica a través del SEACE, desde las 00:01 horas hasta las 23:59 horas del día establecido para el efecto en el cronograma del procedimiento; adjuntando el archivo digitalizado que contenga los documentos que conforman la oferta de acuerdo a lo requerido en las bases.

El participante debe verificar antes de su envío, bajo su responsabilidad, que el archivo pueda ser descargado y su contenido sea legible.

#### Importante

*Los integrantes de un consorcio no pueden presentar ofertas individuales ni conformar más de un consorcio en un procedimiento de selección, o en un determinado ítem cuando se trate de procedimientos de selección según relación de ítems.*

<sup>1</sup> Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

En la apertura electrónica de la oferta, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de lo exigido en la sección específica de las bases de conformidad con el numeral 73.2 del artículo 73 del Reglamento y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos y condiciones de los Términos de Referencia, detallados en la sección específica de las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

### 1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

La evaluación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en el numeral 74.1 y el literal a) del numeral 74.2 del artículo 74 del Reglamento.

En el supuesto de que dos (2) o más ofertas empaten, la determinación del orden de prelación de las ofertas empatadas se efectúa siguiendo estrictamente el orden establecido en el numeral 91.1 del artículo 91 del Reglamento.

El desempate mediante sorteo se realiza de manera electrónica a través del SEACE.

#### Importante

*En el caso de contratación de servicios en general que se presten fuera de la provincia de Lima y Callao, cuyo valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), a solicitud del postor se asigna una bonificación equivalente al diez por ciento (10%) sobre el puntaje total obtenido por los postores con domicilio en la provincia donde prestará el servicio, o en las provincias colindantes, sean o no pertenecientes al mismo departamento o región. El domicilio es el consignado en la constancia de inscripción ante el RNP<sup>2</sup>. Lo mismo aplica en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando algún ítem no supera el monto señalado anteriormente.*

### 1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

La calificación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en los numerales 75.1 y 75.2 del artículo 75 del Reglamento.

### 1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

La subsanación de las ofertas se sujeta a lo establecido en el artículo 60 del Reglamento. El plazo que se otorgue para la subsanación no puede ser inferior a un (1) día hábil

La solicitud de subsanación se realiza de manera electrónica a través del SEACE y será remitida al correo electrónico consignado por el postor al momento de realizar su inscripción en el RNP, siendo su responsabilidad el permanente seguimiento de las notificaciones a dicho correo. La notificación de la solicitud se entiende efectuada el día de su envío al correo electrónico.

La presentación de las subsanaciones se realiza a través del SEACE. No se tomará en cuenta la subsanación que se presente en físico a la Entidad.

### 1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

Previo al otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa las ofertas económicas que cumplen los requisitos de calificación, de conformidad con lo establecido para el rechazo de ofertas, previsto en el artículo 68 del Reglamento, de ser el caso.

<sup>2</sup> La constancia de inscripción electrónica se visualizará en el portal web del Registro Nacional de Proveedores: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe)

De rechazarse alguna de las ofertas calificadas, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa el cumplimiento de los requisitos de calificación de los postores que siguen en el orden de prelación, en caso las hubiere.

#### **1.12. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**

Definida la oferta ganadora, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, otorga la buena pro mediante su publicación en el SEACE, incluyendo el cuadro comparativo y las actas debidamente motivadas de los resultados de la admisión, no admisión, evaluación, calificación, descalificación, rechazo y el otorgamiento de la buena pro.

#### **1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO**

Cuando se hayan presentado dos (2) o más ofertas, el consentimiento de la buena pro se produce a los cinco (5) días hábiles siguientes de la notificación de su otorgamiento, sin que los postores hayan ejercido el derecho de interponer el recurso de apelación.

En caso que se haya presentado una sola oferta, el consentimiento de la buena pro se produce el mismo día de la notificación de su otorgamiento.

El consentimiento del otorgamiento de la buena pro se publica en el SEACE al día hábil siguiente de producido.

#### **Importante**

*Una vez consentido el otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el órgano de la Entidad al que se haya asignado tal función realiza la verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro conforme lo establecido en el numeral 64.6 del artículo 64 del Reglamento.*

## CAPÍTULO II SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. RECURSO DE APELACIÓN

A través del recurso de apelación se pueden impugnar los actos dictados durante el desarrollo del procedimiento de selección hasta antes del perfeccionamiento del contrato.

El recurso de apelación se presenta ante la Entidad convocante, y es conocido y resuelto por su Titular, cuando el valor estimado sea igual o menor a cincuenta (50) UIT. Cuando el valor estimado sea mayor a dicho monto, el recurso de apelación se presenta ante y es resuelto por el Tribunal de Contrataciones del Estado.

En los procedimientos de selección según relación de ítems, el valor estimado total del procedimiento determina ante quién se presenta el recurso de apelación.

Los actos que declaren la nulidad de oficio, la cancelación del procedimiento de selección y otros actos emitidos por el Titular de la Entidad que afecten la continuidad de este, se impugnan ante el Tribunal de Contrataciones del Estado.

#### Importante

- *Una vez otorgada la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, está en la obligación de permitir el acceso de los participantes y postores al expediente de contratación, salvo la información calificada como secreta, confidencial o reservada por la normativa de la materia, a más tardar dentro del día siguiente de haberse solicitado por escrito.*

*Luego de otorgada la buena pro no se da a conocer las ofertas cuyos requisitos de calificación no fueron analizados y revisados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda.*

- *A efectos de recoger la información de su interés, los postores pueden valerse de distintos medios, tales como: (i) la lectura y/o toma de apuntes, (ii) la captura y almacenamiento de imágenes, e incluso (iii) pueden solicitar copia de la documentación obrante en el expediente, siendo que, en este último caso, la Entidad deberá entregar dicha documentación en el menor tiempo posible, previo pago por tal concepto.*
- *El recurso de apelación se presenta ante la Mesa de Partes del Tribunal o ante las oficinas desconcentradas del OSCE, o en la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad, según corresponda.*

### 2.2. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

La apelación contra el otorgamiento de la buena pro o contra los actos dictados con anterioridad a ella se interpone dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse notificado el otorgamiento de la buena pro.

La apelación contra los actos dictados con posterioridad al otorgamiento de la buena pro, contra la declaración de nulidad, cancelación y declaratoria de desierto del procedimiento, se interpone dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse tomado conocimiento del acto que se desea impugnar.

## CAPÍTULO III DEL CONTRATO

### 3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Los plazos y el procedimiento para perfeccionar el contrato se realiza conforme a lo indicado en el artículo 141 del Reglamento.

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene, salvo en los contratos cuyo monto del valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en los que se puede perfeccionar con la recepción de la orden de servicios, conforme a lo previsto en la sección específica de las bases.

En el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, se puede perfeccionar el contrato con la suscripción del documento o con la recepción de una orden de servicios, cuando el valor estimado del ítem corresponda al parámetro establecido en el párrafo anterior.

#### Importante

*El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, debe consignar en la sección específica de las bases la forma en que se perfeccionará el contrato, sea con la suscripción del contrato o la recepción de la orden de servicios. En caso la Entidad perfeccione el contrato con la recepción de la orden de servicios no debe incluir la proforma del contrato establecida en el Capítulo V de la sección específica de las bases.*

Para perfeccionar el contrato, el postor ganador de la buena pro debe presentar los documentos señalados en el artículo 139 del Reglamento y los previstos en la sección específica de las bases.

### 3.2. GARANTÍAS

Las garantías que deben otorgar los postores y/o contratistas, según corresponda, son las de fiel cumplimiento del contrato y por los adelantos.

#### 3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

Como requisito indispensable para perfeccionar el contrato, el postor ganador debe entregar a la Entidad la garantía de fiel cumplimiento del mismo por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original. Esta se mantiene vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del contratista.

#### 3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

En las contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, tales como mantenimiento, reparación o actividades afines, se otorga una garantía adicional por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesorias, la misma que debe ser renovada periódicamente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

#### Importante

- *En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no superen el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*
- *En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establecen los numerales 149.4 y 149.5 del artículo 149 del Reglamento y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento.*

### 3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

En caso se haya previsto en la sección específica de las bases la entrega de adelantos, el contratista debe presentar una garantía emitida por idéntico monto conforme a lo estipulado en el artículo 153 del Reglamento.

### 3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

Las garantías que se presenten deben ser incondicionales, solidarias, irrevocables y de realización automática en el país, al solo requerimiento de la Entidad. Asimismo, deben ser emitidas por empresas que se encuentren bajo la supervisión directa de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y que cuenten con clasificación de riesgo B o superior. Asimismo, deben estar autorizadas para emitir garantías; o estar consideradas en la última lista de bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú.

#### Importante

*Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro y/o contratista cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*

#### Advertencia

*Los funcionarios de las Entidades no deben aceptar garantías emitidas bajo condiciones distintas a las establecidas en el presente numeral, debiendo tener en cuenta lo siguiente:*

*1. La clasificadora de riesgo que asigna la clasificación a la empresa que emite la garantía debe encontrarse listada en el portal web de la SBS (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/clasificadoras-de-riesgo>).*

*2. Se debe identificar en la página web de la clasificadora de riesgo respectiva, cuál es la clasificación vigente de la empresa que emite la garantía, considerando la vigencia a la fecha de emisión de la garantía.*

*3. Para fines de lo establecido en el artículo 148 del Reglamento, la clasificación de riesgo B, incluye las clasificaciones B+ y B.*

*4. Si la empresa que otorga la garantía cuenta con más de una clasificación de riesgo emitida por distintas empresas listadas en el portal web de la SBS, bastará que en una de ellas cumpla con la clasificación mínima establecida en el Reglamento.*

*En caso exista alguna duda sobre la clasificación de riesgo asignada a la empresa emisora de la garantía, se deberá consultar a la clasificadora de riesgos respectiva.*

*De otro lado, además de cumplir con el requisito referido a la clasificación de riesgo, a efectos de verificar si la empresa emisora se encuentra autorizada por la SBS para emitir garantías, debe revisarse el portal web de dicha Entidad (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/relacion-de-empresas-que-se-encuentran-autorizadas-a-emitir-cartas-fianza>).*

*Los funcionarios competentes deben verificar la autenticidad de la garantía a través de los mecanismos establecidos (consulta web, teléfono u otros) por la empresa emisora.*

### **3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS**

La Entidad puede solicitar la ejecución de las garantías conforme a los supuestos contemplados en el artículo 155 del Reglamento.

### **3.5. ADELANTOS**

La Entidad puede entregar adelantos directos al contratista, los que en ningún caso exceden en conjunto del treinta por ciento (30%) del monto del contrato original, siempre que ello haya sido previsto en la sección específica de las bases.

### **3.6. PENALIDADES**

#### **3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de conformidad con el artículo 162 del Reglamento.

#### **3.6.2. OTRAS PENALIDADES**

La Entidad puede establecer penalidades distintas a la mencionada en el numeral precedente, según lo previsto en el artículo 163 del Reglamento y lo indicado en la sección específica de las bases.

Estos dos tipos de penalidades se calculan en forma independiente y pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

### **3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

Las causales para la resolución del contrato, serán aplicadas de conformidad con el artículo 36 de la Ley y 164 del Reglamento.

### **3.8. PAGOS**

El pago se realiza después de ejecutada la respectiva prestación, pudiendo contemplarse pagos a cuenta, según la forma establecida en la sección específica de las bases o en el contrato.

La Entidad paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

La conformidad se emite en un plazo máximo de siete (7) días de producida la recepción salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad del funcionario que debe emitir la conformidad.

En el caso que se haya suscrito contrato con un consorcio, el pago se realizará de acuerdo a lo que se indique en el contrato de consorcio.

***Advertencia***

*En caso de retraso en los pagos a cuenta o pago final por parte de la Entidad, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, esta reconoce al contratista los intereses legales correspondientes, de conformidad con el artículo 39 de la Ley y 171 del Reglamento, debiendo repetir contra los responsables de la demora injustificada.*

**3.9. DISPOSICIONES FINALES**

Todos los demás aspectos del presente procedimiento no contemplados en las bases se regirán supletoriamente por la Ley y su Reglamento, así como por las disposiciones legales vigentes.

## **SECCIÓN ESPECÍFICA**

### **CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

(EN ESTA SECCIÓN LA ENTIDAD DEBERÁ COMPLETAR LA INFORMACIÓN EXIGIDA, DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES INDICADAS)

## CAPÍTULO I GENERALIDADES

### 1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : SEGURO SOCIAL DE SALUD  
RUC N° : 20131257750  
Domicilio legal : AV. DOMINGO CUETO NRO. 120 LIMA - LIMA - JESUS MARIA  
Teléfono: : 056-22113  
Correo electrónico: : [jose.delacruz@essalud.gob.pe](mailto:jose.delacruz@essalud.gob.pe)  
[analista4.prog.raica@essalud.gob.pe](mailto:analista4.prog.raica@essalud.gob.pe)

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del servicio de ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADÍO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RED ASISTENCIAL ICA POR UN PERIODO DE DOCE MESES.

ITEM	.DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	UM	CANTIDAD TOTAL DE SESIONES
1	CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADÍO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RED ASISTENCIAL ICA POR UN PERIODO DE DOCE MESES	SERVICIO	24,000

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante RESOLUCIÓN N° 627-GRA-ICA-ESSALUD-2024 el 21 DE NOVIEMBRE DEL 2024.

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos propios o Recursos directamente recaudados.

#### Importante

*La fuente de financiamiento debe corresponder a aquella prevista en la Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal en el cual se convoca el procedimiento de selección.*

### 1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente procedimiento se rige por el sistema de PRECIOS UNITARIOS, de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

### 1.6. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

APLICA LA DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 62 DEL REGLAMENTO.

### 1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

El alcance de la prestación está definido en el Capítulo III de la presente sección de las bases.

### 1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de 365 DÍAS CALENDARIOS en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

### 1.9. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar S/ 10.00 (Diez con 00/100 soles) en Caja de Tesorería, sitio ubicado en la Calle Huacachina A-10 Urbanización Sol de Ica ICA- ICA-ICA 1er. Piso.

#### **Importante**

*El costo de entrega de un ejemplar de las bases no puede exceder el costo de su reproducción.*

### 1.10. BASE LEGAL

- Ley N° 31953 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024.
- Ley N° 31954 Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2024.
- Ley N° 31535 Ley de Contrataciones del Estado.
- .Decreto Supremo N° 344-2018-EF- Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.
- .Directivas del OSCE.
- Ley N° 28006 Ley que garantiza la Intangibilidad de los Fondos y Reservas de la Seguridad Social y Restituye la Autonomía Administrativa, Económica, Financiera y Presupuestal de ESSALUD.
- Código Civil Ley 27806- Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.
- Decreto Supremo N° 002-99-TR, Reglamento de la Ley N° 27056.
- Ley N°27444, Ley de Procedimientos Administrativos General.
- Ley N°27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, su reglamento y su modificatorias.
- .Decreto Supremo N° 007-2008- TR- Texto único Ordenado de la Ley de Promoción de la Competitividad, Formalización y Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa y del acceso al empleo decente, LEY MYPE.- Decreto Supremo N° 008-2008-TR- Reglamento de la Ley MYPE.
- Resolución Ministerial N° 804-2022/MINSA se Aprueban las Fichas de Homologación de "Servicio de atención ambulatoria del paciente con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Hemodiálisis" y "Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad Renal

Crónica Estadío 5 en Hemodiálisis”.

- Norma Técnica de Salud N° 0060-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis.
- Resolución Ministerial N° 498-2020-MINSA, aprueba la “Directiva Sanitaria para el cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades no transmisibles en el contexto de la pandemia por COVID-19”.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

## CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

Según el cronograma de la ficha de selección de la convocatoria publicada en el SEACE.

#### Importante

*De conformidad con la vigesimosegunda Disposición Complementaria Final del Reglamento, en caso la Entidad (Ministerios y sus organismos públicos, programas o proyectos adscritos) haya difundido el requerimiento a través del SEACE siguiendo el procedimiento establecido en dicha disposición, no procede formular consultas u observaciones al requerimiento.*

### 2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos<sup>3</sup>, la siguiente documentación:

#### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

##### 2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

- a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.

En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto.

En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda.

En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.

#### Advertencia

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>4</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.*

- 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 contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N° 3**)

<sup>3</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>4</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

- e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. **(Anexo N° 4)**<sup>5</sup>
- f) 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)**
- g) 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.

#### **Importante**

- *El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.*
- *En caso de requerir estructura de costos o análisis de precios, esta se presenta para el perfeccionamiento del contrato.*

#### **2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación**

Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los “**Requisitos de Calificación**” que se detallan en el numeral 3.2 del Capítulo III de la presente sección de las bases.

#### **2.2.2. Documentación de presentación facultativa:**

- 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<sup>6</sup>.
- b) Solicitud de bonificación por tener la condición de micro y pequeña empresa. **(Anexo N° 11)**

#### **Advertencia**

*El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, no podrá exigir al postor la presentación de documentos que no hayan sido indicados en los acápite “Documentos para la admisión de la oferta”, “Requisitos de calificación” y “Factores de evaluación”.*

### **2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO**

El postor ganador de la buena pro debe presentar los siguientes documentos para perfeccionar el contrato:

- a) Garantía de fiel cumplimiento del contrato.
- b) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- c) Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el número de su cuenta bancaria y la entidad bancaria en el exterior.
- d) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.

<sup>5</sup> En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de prestación del servicio, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

<sup>6</sup> Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

- e) Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.

#### Advertencia

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>7</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).*

- f) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.  
g) Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación<sup>8</sup>. (**Anexo N° 12**).  
h) Estructura de costos<sup>9</sup>.

#### Importante

- En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y en el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no podrán ser aceptadas por las Entidades. No se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio, conforme lo dispuesto en la Directiva Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.*
- En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establece el numeral 149.4 del artículo 149 y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Para dicho efecto los postores deben encontrarse registrados en el REMYPE, consignando en la Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1) o en la solicitud de retención de la garantía durante el perfeccionamiento del contrato, que tienen la condición de MYPE, lo cual será verificado por la Entidad en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2> opción consulta de empresas acreditadas en el REMYPE.*
- En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

#### Importante para la Entidad

*En caso se determine que adicionalmente se puede considerar otro tipo de documentación a ser presentada para el perfeccionamiento del contrato, consignar el siguiente literal:*

<sup>7</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

<sup>8</sup> En tanto se implemente la funcionalidad en el SEACE, de conformidad con la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 234-2022-EF.

<sup>9</sup> Incluir solo cuando resulte necesario para la ejecución contractual, identificar los costos de cada uno de los rubros que comprenden la oferta.

- i) Compromiso de integridad de los proveedores del Seguro Social de Salud- ESSALUD (Anexo 13) 10.
- j) .En relación a la Infraestructura de la sala de Hemodiálisis, el Contratista debe presentar Copia del Plano de distribución de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis suscrito por el profesional competente (Ingeniero civil o arquitecto, colegiados), el cual detalla las siguientes especificaciones de la infraestructura de la sala de hemodiálisis: área mínima de 6 m<sup>2</sup> por cada puesto de hemodiálisis (incluyendo el local aislado), área mínima de 4 m<sup>2</sup> para la estación de enfermería (uno por módulo) y la superficie de circulación (mínimo de 15% adicional a la superficie total de los puestos de hemodiálisis y estaciones de enfermería).
- k) .En relación al equipo del sistema de tratamiento de agua, el contratista debe presentar Constancias de instalación u operatividad de todos los componentes y sus características señalados en el Sistema de tratamiento de agua del Anexo N° 17.
- l) .En relación a las características de las máquinas de hemodiálisis, el contratista debe presentar las fichas técnicas o constancias emitidas por el fabricante que indiquen que las máquinas de hemodiálisis cuentan con las características técnicas señaladas en los literales b) y c) de la fila "máquina de hemodiálisis" del Cuadro N° 1 del Anexo N° 17.
- m) .En relación al monitor/desfibrilador portátil, el contratista debe presentar el registro sanitario vigente emitido por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID).
- n) .En relación a los requisitos mínimos del personal, el contratista presenta los documentos requeridos en el literal b) del numeral 6 del anexo N° 17, además de los resultados de laboratorio de control serológico par VIH, HBsAg (Antígeno de superficie de Hepatitis B), anticuerpo anti-antígeno de superficie de VHB (HBsAb), Hepatitis C y VDRL de todo el personal.
- o) .En relación al sistema de tratamiento de agua, el contratista presenta los siguientes documentos: -Constancia de la Desinfección del tanque de almacenamiento de agua y de las líneas de distribución de agua tratada, de una antigüedad no mayor a 15 días calendario.  
- Certificado de limpieza y desinfección de cisternas y/o tanques elevados, de una antigüedad no mayor a 6 meses.
- p) Así mismo, deberá presentar los siguientes documentos:
  - Resultado de laboratorio del nivel de endotoxinas en agua tratada a la salida de la ósmosis inversa, al inicio y final de cada anillo de distribución, de una antigüedad no mayor a 30 días calendarios.
  - Resultado microbiológico (cultivo con resultado cuantitativo de unidades formadoras de colonia de heterótrofos) en líquido de diálisis de dos (02) máquinas de hemodiálisis, de una antigüedad no mayor de 30 días calendarios.
  - Resultado de laboratorio de contaminantes químicos y electrolitos, considerando los parámetros indicados en el anexo N° 14, en un punto de toma de agua tratada de máquina de la sala de hemodiálisis, de una antigüedad no mayor de 30 días calendarios.

#### Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya<sup>11</sup>.*

<sup>10</sup> De acuerdo a lo establecido en el MEMORANDO CIRCULAR N° 051-GCL-ESSALUD-2022 del 17 de junio del 2022, señalando claramente que dicho documento tiene carácter de obligatorio al momento de la suscripción del contrato, el cual tiene por finalidad construir un pacto voluntario entre Proveedor y la Institución, para fortalecer los procesos de adquisición de bienes y servicios; salvaguardando la integridad y transparencia en los diferentes procesos de selección de ESSALUD.

<sup>11</sup> Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

#### **2.4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO**

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en Calle Huacachina A-10 Urbanización Sol de Ica ICA- ICA- ICA 3er. Piso.

#### **2.5. FORMA DE PAGO**

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGOS PERIÓDICOS MENSUALES.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Informe del funcionario responsable del ÁREA DE NEFROLOGÍA, JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS Y JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RAICA emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.
- Planilla de Producción.
- Orden de Compra.
- Acta del Comité de Supervisión firmada por los Integrantes del Comité de Supervisión de Centros Tercerizados.

Dicha documentación se debe presentar en MESA DE PARTES DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RAICA CON ATENCIÓN AL ÁREA DE NEFROLOGÍA, sitio ubicado en Av. Matías Manzanilla N° 652 Ica- Ica- Ica.

## CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

### Importante

*De conformidad con el numeral 29.8 del artículo 29 del Reglamento, el área usuaria es responsable de la adecuada formulación del requerimiento, debiendo asegurar la calidad técnica y reducir la necesidad de su reformulación por errores o deficiencias técnicas que repercutan en el proceso de contratación.*

### **SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA EL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RED ASISTENCIAL ICA ESSALUD**

- **ORGANO SOLICITANTE**

Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de la Red Asistencial de Ica – ESSALUD.

- **FINALIDAD PÚBLICA.**

Asegurar el acceso al tratamiento de hemodiálisis en forma oportuna y efectiva a los Pacientes asegurados de la Red Asistencial Ica de EsSalud, disminuyendo en consecuencia la brecha oferta-demanda actualmente existente, coadyuvando de este modo al logro del objetivo estratégico Institucional que es "Brindar Servicios Recuperativos a Satisfacción de Nuestros Asegurados.

- **ANTECEDENTES.**

El Hospital IV "AHM" de la Red Asistencial Ica a través de la Unidad de Hemodiálisis, que brinda terapia de diálisis a los asegurados y derechohabientes con enfermedad renal crónica terminal que le son referidos de los Centros Asistenciales de menor nivel de resolución.

La oferta en la Unidad de Hemodiálisis ha sido superada por la sobredemanda de pacientes con necesidad de un tratamiento de sustitución renal, toda vez que, anteriormente se atendían 4 turnos, con atenciones de la siguiente manera : I turno : 16 pacientes , II turno : 16 pacientes, III turno : 14 y en el IV turno 15 Pacientes, se optimizó la oferta implementándose 1 modulo más en el 4to turno, que sumo un total de 52 pacientes atendidos diariamente; haciendo un total de 52 atenciones diarias; Sin embargo persiste la brecha entre la oferta y demanda que se proyecta en el corto plazo a incrementar, por tanto la capacidad operativa de la Unidad de Hemodiálisis es insuficiente, por lo que la Institución se ve en la necesidad de contratar a una IPRESS de Hemodiálisis Privada para que cubre las terapias de hemodiálisis.

Además, en el Departamento de Ica el Hospital Regional de Ica del Ministerio de Salud viene implementando y funcionando una Unidad de Hemodiálisis que no logra a cubrir su propia demanda, por tanto, resulta imposible solicitarle la suscripción de un Convenio Prestacional del referido servicio para atención de los Pacientes asegurados de EsSalud.

- **OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN**

#### Objetivo General

Contratar servicios de atención ambulatoria de Hemodiálisis sin Reusó para el Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza", que contribuirá a disminuir la brecha oferta – demanda existente, mejorar la oportunidad de la atención y obtener un mayor nivel de satisfacción del asegurado.

#### Objetivos Específicos

- Ampliar la oferta del servicio de terapias de hemodiálisis, significando mejorar la accesibilidad y oportunidad de la atención que requieren los Pacientes asegurados referidos al Hospital IV "AHM", a efectos de disminuir la brecha oferta-demanda existente y obtener un mayor nivel de satisfacción del asegurado.
- Contribuir en la eficiencia del manejo de recursos institucionales, y así mejorar la gestión de los servicios de la salud.
- Brindar atención oportuna de hemodiálisis a los asegurados titulares y derecho habientes acreditados, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

- **ALCANCE y DESCRIPCIÓN del SERVICIO**

- o Descripción y Cantidad del Servicio a Contratar



*Dra. Melissa Lexanda Ponte  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
R.N.P. 53387, R.N.E. 044174*

Servicio de atención ambulatoria del paciente con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en hemodiálisis para el Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de la Red Asistencial de Ica – ESSALUD.

Pacientes Asegurados y Derechohabientes de EsSalud, será prestado por IPRESS de Hemodiálisis Privada, por el periodo de 12 meses para cubrir la demanda de sesiones de hemodiálisis que no pueden ser brindados por la Unidad de Hemodiálisis del Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de la Red Asistencial Ica - EsSalud, cuya cantidad estimada es:

N° de Pacientes	Semanal	NUMERO de SESIONES	
		Mensual	Anual
175	3 Interdiaria/Semana x Paciente	2000	24000

• **Lugar de Prestación del Servicio:**



La IPRESS deberá estar ubicada geográficamente en un lugar que permita el fácil acceso de los pacientes y el servicio de atención de Hemodiálisis en el ámbito de la Provincia de Ica. Su ubicación será independiente y autónoma operativa, es decir el inmueble destinado será exclusivo para la prestación del servicio contratado; El circuito de entrada y salida del citado inmueble también debe ser independiente y de uso exclusivo del mismo, para el tránsito del personal, paciente y familiares.



o **Actividades**

El servicio de atención ambulatoria de hemodiálisis para los pacientes asegurados de ESSALUD con ENFERMEDAD RENAL CRONICA Estadio 5 comprende:

- a) Sesión de hemodiálisis, sin reúso del dializador y líneas arteriovenosas, de acuerdo a la prestación médica, utilizando dializadores de bajo flujo y alta eficiencia.
- b) Consulta Nefrológica
- c) Atención Nutricional
- d) Atención en Psicología
- e) Atención de Servicio Social



**Base Legal:**

Ley N 28411 – Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto

Ley N 30225 -Ley de Contrataciones del Estado

Decreto Supremo N 344-2018-EF-Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado

Directivas del OSCE

Ley N 27444 -Ley de Procedimiento Administrativo General

Ley N 28006 Ley que garantiza la Intangibilidad de los Fondos y Reserva de la Seguridad Social y Restituye la Autonomía, Económica, Financiera y Presupuestal de ESSALUD

Código Civil -Ley 27806 -Ley de Transparencia y Acceso a la información Publica

Decreto Supremo N0047-2008-TR -Texto Único Ordenado de la Ley de Promoción de la Competitividad, Formalización y desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa y del acceso al empleo decente

Missa Leyvano Ponte  
DICO NEFRÓLOGO  
53351 RNE-04

**CLAUSULA ANTICORRUPCIÓN Y DE CONFLICTO DE INTERESES**

El proveedor declara y garantiza no haber, directa o indirectamente ofrecido o efectuado cualquier pago o en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación a las actividades y /o funciones a realizar en la entidad

El proveedor se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o



Issa Levano Pontón  
JICO NEFRÓLOGO  
53357 RNE-044194

directamente o a través de sus socios

El proveedor se compromete a: i) comunicar a las autoridades competentes de manera directa y oportuna cualquier acto o conducta ilícita

ESSALUD, a resolver automáticamente y de pleno derecho al contrato, bastando para tal efecto que ESSALUD remita un a comunicación informando que se a producido dicha resolución, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles y

Penales, que tuvieran lugar

**CLAUSULA DE CUMPLIMIENTO ( Art 8 de la ley N 31564 )**

Son causales de resolución de contrato la presentación con información anexada o falsa de la declaración jurada de prohibiciones e incompatibilidades a que se hace referencia en la Ley de prevención y mitigación de conflicto de intereses en el acceso y salida de personal del servicio público

Asimismo , en caso se incumpla con los impedimentos señalados en el articulo 5 de dicha ley , se aplicara la inhabilitación por cinco años para contratar o prestar servicios al estado , bajo cualquier modalidad

FICHA DE HOMOLOGACIÓN

I. DESCRIPCIÓN GENERAL

Código del CUBSO : 8512150400390508  
 Denominación del requerimiento : Servicio de atención ambulatoria del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis  
 Denominación Técnica : Servicio de atención ambulatoria del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis  
 Unidad de medida : Servicio (véase nota 1).  
 Resumen : El servicio de atención ambulatoria del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis comprende sesiones de hemodiálisis para contribuir en la reducción de la morbimortalidad de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal y mejorar su calidad de vida.

**Nota 1:** La unidad de medida del servicio comprende al número de sesiones de hemodiálisis. La Entidad Contratante debe indicar el número de sesiones de hemodiálisis a atender en la elaboración de su requerimiento.

II. DESCRIPCIÓN ESPECIFICA

2.1. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

2.1.1 Características y especificaciones

Del Servicio:

N°	Actividad	Descripción
1	Admisión de pacientes	a) La asignación de pacientes a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) contratada se realiza de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 2). b) La IPRESS contratada admite a los pacientes asignados por la Entidad Contratante para brindar el servicio contratado. c) El paciente podrá solicitar su cambio de IPRESS (reasignación) de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 2). d) La IPRESS contratada comunica a la Entidad cuando el paciente deja de asistir a tres sesiones de hemodiálisis de forma continua, con la finalidad de que la Entidad gestione su egreso y liberar el cupo para otro paciente, de acuerdo a los canales de comunicación y procedimientos que establezca la Entidad Contratante (véase nota 3). e) Todo paciente nuevo deberá contar con una historia clínica inicial y consentimiento informado al ser admitido en la IPRESS contratada, los cuales contarán con los campos señalados en el anexo N° 1 y anexo N° 2, respectivamente.
2	Recepción de los pacientes	a) La IPRESS contratada verifica la identidad del paciente y la condición del asegurado a una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) cada vez que sea atendido, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 2). En el caso que el

Versión 01  
Página 1 de 71



Dr. Melissa Leyva Ponte  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
CMP. 53357 / R.M.E. 044194



 		<p>paciente haya perdido su condición de afiliado a la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), la IPRESS contratada deberá comunicarlo inmediatamente a la Entidad Contratante para la orientación al paciente en relación a su seguro de salud.</p> <p>b) La IPRESS contratada deberá efectuar las medidas de prevención y control para disminuir el riesgo de transmisión de la COVID-19 y otras enfermedades transmisibles, al ingreso y durante la permanencia del paciente en las instalaciones de la IPRESS contratada, según las normativas vigentes.</p> <p>c) Cuando se identifica un caso sospechoso de COVID-19, según su condición clínica, la IPRESS contratada deriva al paciente a un establecimiento de salud para su diagnóstico, según lo establecido por el Ministerio de Salud.</p> <p>d) La IPRESS contratada al tomar conocimiento que un paciente tiene una enfermedad infectocontagiosa deberá comunicarlo a la Entidad Contratante, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 2).</p>
 <p data-bbox="231 1052 502 1164">Lia. Melissa Levano Ponte MÉDICO NEFRÓLOGO RNE. 044.11</p>  	<p>3 Atención de la sesión de hemodiálisis</p>	<p>a) La frecuencia estándar de hemodiálisis es tres (03) sesiones por semana, la cual podrá ser diferente previo sustento del médico tratante de la IPRESS contratada, ante la Entidad Contratante. En ese sentido, el número de sesiones por mes referencial corresponde a 13 sesiones.</p> <p>b) Las sesiones de hemodiálisis serán registradas en el formato de procedimiento de hemodiálisis, que forma parte de la historia clínica, la cual deberá contar con los campos señalados en el anexo N° 3.</p> <p>c) El médico especialista en nefrología es el responsable de la evaluación de los pacientes en el marco de la "Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis" y consigna la información en el formato de procedimiento de hemodiálisis (anexo N° 3: Parte de atención médica). El enfermero(a) consigna en el formato de procedimiento de hemodiálisis (anexo N° 3 - parte de atención de enfermería) la atención al paciente en el marco de la normativa vigente.</p> <p>d) En caso de que el personal de la IPRESS contratada atienda simultáneamente a pacientes de diferentes Entidades durante un turno de atención, se acepta que éste atienda hasta el número máximo de pacientes por turno establecido en la "Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis.</p> <p>e) En caso el paciente presente una complicación durante la sesión de hemodiálisis y requiera atención en un establecimiento de salud de mayor complejidad, la IPRESS contratada deberá trasladar al paciente al establecimiento más cercano que cuente con capacidad resolutoria para brindar la atención correspondiente.</p> <p>f) La IPRESS contratada realiza actividades de promoción de la adherencia y autocuidado del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.</p>

 <p>Dra. Melissa Levano Ponte MÉDICO NEFRÓLOGO C.M.P. 53357, R.N.E. 044154</p>		<p>g) La IPRESS contratada distribuye a los pacientes por módulos, turnos, días y/o ambientes, según corresponda, de acuerdo a su condición serológica para VIH, HTLV-1, Hepatitis B y Hepatitis C y según la condición de COVID-19 leve. La IPRESS contratada realiza la distribución (sectorización) en la sala de hemodiálisis de los pacientes con serología positiva y negativa a Hepatitis C, HTLV-1 y VIH basados según los estándares nacionales e internacionales, los cuales deberán estar consignados en el Manual de Bioseguridad de la IPRESS contratada. Los pacientes con hepatitis B deberán dializar con aislamiento estructural y con personal diferenciado. Asimismo, en el local aislado, corresponde la atención de los pacientes con otras indicaciones médicas de aislamiento estructural, según Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01.</p> <p>h) La IPRESS contratada atiende a los pacientes en hemodiálisis ambulatoria con diagnóstico de COVID-19 leve en secuencias y/o turnos y/o módulo(s) exclusivos, según lo señalado en la Resolución Ministerial N° 498-2020-MINSA y sus modificatorias.</p> <p>i) Cuando el médico especialista en nefrología considere necesario, indica la atención nutricional, atención de salud mental o atención de servicio social del paciente.</p> <p>j) Cuando el/la licenciado(a) en nutrición brinde atención nutricional, esta es registrada en la historia clínica en el formato de "Atención en nutrición", el cual contará con los campos señalados en el anexo N° 4.</p> <p>k) Cuando el/la licenciado(a) en psicología brinde atención de salud mental, esta es registrada en la historia clínica en el formato de "Atención en salud mental", el cual contará con los campos señalados en el anexo N° 5.</p> <p>l) Cuando el/la licenciado(a) en trabajo social brinde atención de servicio social, esta es registrada en la historia clínica en el formato de "Atención en servicio social", el cual contará con los campos señalados en el anexo N° 6.</p>
 	<p>4</p> <p>Registros y reportes del servicio brindado</p>	<p>a) Todas las atenciones realizadas en la IPRESS contratada son registradas en la historia clínica, de acuerdo a la normativa vigente establecida por la autoridad sanitaria nacional. Forman parte de la historia clínica los anexos N° 1, 2, 3, 4, 5 y 6, además de otros formatos que establezca la Entidad Contratante (véase nota 4).</p> <p>b) La IPRESS contratada realiza el registro de los formatos de los anexos N° 7-A, 7-B, 8, 9-A, 9-B, 9-C, 10, 11, 12, 13, además de otros formatos que establezca la Entidad Contratante (véase nota 4), los cuales podrán ser solicitados por esta durante el proceso de control de las prestaciones de salud o cuando lo requiera.</p> <p>c) La IPRESS contratada registra diariamente el Kardex de almacén con información de la cantidad de Ingresos y egresos de dializadores y líneas arteriovenosas por número de serie y lote. Asimismo, la IPRESS contratada cuenta con el consolidado mensual de sesiones de hemodiálisis el cual es actualizado diariamente.</p>

  		<p>d) La IPRESS contratada remite mensualmente, de acuerdo a los procedimientos que la Entidad Contratante establece (véase nota 2), lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores de parámetros clínicos mensual: peso seco (en kg), peso pre-diálisis (en kg), peso post-diálisis (en kg), tiempo de hemodiálisis (en horas decimales), volumen de ultrafiltrado (en litros).</li> </ul> <p>e) La Entidad Contratante indica en el requerimiento si es que la IPRESS contratada debe remitir los siguientes reportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores de exámenes de laboratorio mensual: urea pre-diálisis (en mg/dL), urea post-diálisis (en mg/dL); de acuerdo a los procedimientos que la Entidad Contratante establece (véase nota 2).</li> <li>• Resultado microbiológico mensual (cultivo con resultado cuantitativo de unidades formadoras de colonia de heterótrofos) en el líquido de diálisis; de acuerdo a los procedimientos que la Entidad Contratante establece (véase nota 2).</li> <li>• Resultado del nivel de endotoxinas mensual en agua tratada a la salida de la ósmosis inversa, al inicio y final del anillo de distribución; de acuerdo a los procedimientos que la Entidad Contratante establece (véase nota 2).</li> </ul> <p>f) La IPRESS contratada realiza el registro de los documentos y formatos indicados por la Entidad Contratante en el aplicativo informático que la Entidad Contratante habilita para tal fin (véase nota 5).</p>
<p>ra. Melissa Levany Ponte MÉDICO NEFRÓLOGO CMP. 53351 RNE. 044.74</p>  	<p>5 Calidad de atención</p>	<p>La IPRESS contratada debe garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrece a los pacientes, para ello:</p> <p>a) La IPRESS contratada implementa el mejoramiento continuo de la calidad, con la finalidad de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios, usando como referencia la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad aprobada mediante RM N° 095-2012/MINSA y modificatorias. Asimismo, la IPRESS contratada realiza la actividad de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud de acuerdo a la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud" aprobada mediante RM N° 502-2016/MINSA y modificatorias.</p> <p>b) La IPRESS contratada efectúa los procedimientos para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las IPRESS, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 002-2019-SA y modificatorias. Asimismo, la IPRESS contratada remite a la Entidad Contratante reportes sobre la cantidad de reclamos atendidos en el mes, discriminados por causa y soluciones de los mismos, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 2).</p> <p>c) La IPRESS contratada realiza la evaluación de la satisfacción del usuario externo de forma semestral, de acuerdo a lo señalado en la RM N° 527-2011/MINSA y modificatorias. La IPRESS contratada remite a la Entidad Contratante los resultados de la evaluación, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad (véase nota 2).</p>

Nota 2: La Entidad Contratante debe indicar el procedimiento en la elaboración de su requerimiento.



anticuerpo anti-antígeno de superficie del VHB (HBsAb) al inicio del contrato y anualmente. La protección contra el virus de hepatitis B [ es verificada a través del esquema completo de vacunación contra el virus de hepatitis B y de los resultados a títulos mayores a 10 mili unidades internacionales (mUI)].

- g) La IPRESS contratada debe contar con equipos de protección personal según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes, en cantidad suficiente para mantener permanentemente un stock de recambio para el día, para los casos de deterioro, ingreso y para atención de contingencias.
- h) La IPRESS contratada deberá mantener la limpieza, desinfección y esterilización apropiada de equipos y dispositivos médicos, de acuerdo a la recomendación del fabricante. La gestión de residuos sólidos, en la IPRESS contratada, debe cumplir la normativa vigente y sus modificatorias. Asimismo, debe cumplir las recomendaciones para el manejo de residuos sólidos generados durante la atención de pacientes con COVID-19.
- i) La IPRESS contratada brinda atención a los pacientes en hemodiálisis ambulatoria con el diagnóstico de COVID-19 Leve, de acuerdo a las disposiciones emitidas por el Ministerio de Salud para el manejo de personas afectadas por COVID-19 y otros documentos normativos emitidos en el Perú en relación al COVID-19.
- j) Cuando el paciente con diagnóstico de COVID-19 presente signos de alarma (características clínicas del paciente que indican que requiere atención médica inmediata) la IPRESS contratada lo deriva al establecimiento de salud más cercano que cuente con capacidad resolutoria para brindar la atención correspondiente.

**Nota 6:** La Entidad Contratante debe indicar otras normativas y documentos, en caso lo requiera, en la elaboración de su requerimiento.

**Nota 7:** La Entidad Contratante debe indicar el procedimiento en la elaboración de su requerimiento.

#### 2.2.1.4 Aspectos relacionados al tratamiento de agua

- a) La producción de agua tratada para hemodiálisis y líquido de diálisis se realiza considerando las siguientes normativas y modificatorias:
  - 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".
  - Complete Dialysis Collection - 2020 Edition, de la Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI).
  - Guía de gestión de calidad del líquido de diálisis (LD) (segunda edición, 2015) - Sociedad Española de Nefrología y sus actualizaciones.
  - Guía de gestión de calidad del líquido de hemodiálisis (GGCLD) 2021 – Sociedad Española de Nefrología y sus actualizaciones.
- b) La IPRESS contratada realizará el control y registro de los siguientes parámetros:
  - i. En agua tratada a la salida de la ósmosis inversa:
    - Medición y registro diario de la conductividad y pH (antes de la primera sesión de hemodiálisis del día).
    - Medición y registro diario de la dureza (antes de la primera sesión de hemodiálisis del día).
    - Control y registro diario del resultado cloraminas (antes de la primera sesión de hemodiálisis del día).
    - Control y registro del nivel de endotoxinas (frecuencia mensual).
  - ii. En un punto de toma de agua tratada de máquina de la sala de hemodiálisis
    - Control y registro trimestral de resultados de laboratorio de contaminantes químicos y electrolitos, considerando los parámetros indicados en el anexo N° 14.



ra. Melissa Levano Ponte  
- MÉDICO NEFRÓLOGO  
CMB, 53352, RNE, 044194



C. MESTAS



G. CARLOS

- iii. En agua tratada al inicio y final de cada anillo de distribución:
- Control y registro del nivel de endotoxinas (frecuencia mensual).
- iv. En líquido de diálisis:
- Control y registro mensual del resultado microbiológico (cultivo con resultado cuantitativo de unidades formadoras de colonia de heterótrofos) de dos (02) máquinas de hemodiálisis (aleatoriamente hasta completar cíclicamente la totalidad de máquinas de la IPRESS).
- c) Los exámenes de laboratorio de contaminantes químicos y electrolitos (señalados en el anexo N° 14), estudio microbiológico y el nivel de endotoxinas deben ser realizados por un laboratorio externo registrado en Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) o un laboratorio con método acreditado por la Dirección de Acreditación del Instituto Nacional de Calidad (INACAL). Los resultados deben tener el nombre y firma del profesional responsable del laboratorio correspondiente.
- d) La medición y registro de conductividad, pH, dureza y cloraminas son realizados por la IPRESS aplicando el test correspondiente de acuerdo a las indicaciones del fabricante. El Registro diario de la calidad de agua tratada en hemodiálisis (consignando mínimamente pH, conductividad, cloramina y dureza) debe ser emitido por el personal encargado de mantenimiento de acuerdo al anexo N° 10 y contar con firma del personal quien lo realiza y del médico responsable del turno de atención. En caso se identifiquen valores alterados, el responsable del sistema de tratamiento de agua comunica al médico asistencial de turno para tomar las acciones correspondientes y corregir estos valores.
- e) La IPRESS contratada realiza:
- Desinfección quincenal del tanque de almacenamiento y de las líneas de distribución de agua tratada. Para el procedimiento de desinfección quincenal de tanques y tuberías, debe presentarse registro y constancia de su realización con firma y sello del director médico en caso sea realizado por la misma IPRESS. Cuando este procedimiento es brindado por un servicio tercerizado presentará certificado de la empresa con firma y sello del profesional correspondiente.
  - Limpieza y desinfección semestral de cisternas y/o tanques elevados (certificado emitido por empresa de saneamiento ambiental).
- f) El responsable del sistema de tratamiento de agua, con conocimiento del Director Médico, cuenta con un archivo físico de los registros secuenciales de desinfecciones y/o sanitización de equipos y componentes del sistema de tratamiento de agua y su sistema de distribución, así como de los controles microbiológicos y medición de endotoxinas en agua y líquido de diálisis. Este archivo podrá ser solicitado por la Entidad Contratante para su control.

#### 2.2.1.5 Medidas de control durante la ejecución contractual

- a) La Entidad Contratante realiza el control de las prestaciones de salud, con la finalidad de verificar que el proceso de atención se realice según las condiciones señaladas en el requerimiento. La Entidad Contratante establece los procedimientos de control de las prestaciones de salud que realiza a la IPRESS contratada (véase nota 8), lo cuales pueden efectuarse de forma presencial o en gabinete. En el procedimiento de control de las prestaciones de salud se identifica la aplicación de penalidades, según corresponda.
- b) Las recomendaciones resultado del control de las prestaciones de salud son implementadas por la IPRESS contratada, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 9).
- c) Las observaciones que sean transversales a otras instituciones de control serán informadas debidamente por la Entidad Contratante.
- d) La IPRESS contratada otorga las facilidades tecnológicas y operativas a los profesionales que realicen las actividades de control, quienes pueden realizar el



Dra. Melissa Levano Ponte  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
CMP. 53357, R.M.L. 044.74



registro escrito, fotográfico o filmico de los hallazgos encontrados durante el proceso de control. Asimismo, la IPRESS contratada designa al personal que asista y/o facilite la documentación requerida durante las actividades de control.

- e) La Entidad Contratante podrá auditar las referencias emitidas por la IPRESS contratada, pudiendo solicitar opinión e informe sobre las causas que motivaron la emergencia del paciente al establecimiento de salud de referencia.

**Nota 8:** La Entidad Contratante debe indicar el procedimiento de control de las prestaciones de salud en la elaboración de su requerimiento.

**Nota 9:** La Entidad Contratante debe indicar el procedimiento en la elaboración de su requerimiento.

## 2.2.2 Conformidad de la prestación

2.2.2.1 La recepción de los documentos para la conformidad de la prestación del servicio se realiza mensualmente y corresponde a todas las atenciones brindadas en el mes anterior y consideradas para la conformidad según el procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 10). La IPRESS contratada remite a la Entidad Contratante los documentos para la conformidad de la prestación del servicio, en formato digital, de acuerdo al procedimiento y plazo establecido por la Entidad Contratante (véase nota 11).

2.2.2.2 La conformidad se sujeta a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

2.2.2.3 De existir observaciones, la Entidad Contratante las comunica a la IPRESS contratada, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole el plazo para subsanar conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

2.2.2.4 Si durante el proceso de conformidad se aprecia la existencia de documentos presuntamente adulterados y/o falsos, la Entidad Contratante realizará las denuncias correspondientes que hubiere lugar, sin perjuicio de aplicarse lo señalado por el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en lo referente a la aplicación de penalidades y resolución de contrato.

**Nota 10:** La Entidad Contratante debe indicar qué atenciones son consideradas para la conformidad en la elaboración de su requerimiento.

**Nota 11:** La Entidad Contratante debe indicar en la elaboración de su requerimiento lo siguiente:

- Los documentos para la conformidad de la prestación del servicio
- El procedimiento para la remisión de documentos para la conformidad de la prestación del servicio
- El plazo para la remisión de documentos para la conformidad de la prestación del servicio.

## 2.2.3 Lugar y plazo de prestación del servicio

### 2.2.3.1 Lugar

El servicio contratado es brindado en el ámbito geográfico indicado por la Entidad Contratante (véase nota 12).

### 2.2.3.2 Plazo

La IPRESS contratada deberá contar con la operatividad de todos los servicios contratados dentro del plazo de la prestación del servicio (véase nota 13), el mismo que se computa desde la fecha que se establezca en el contrato, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

**Nota 12:** La Entidad Contratante debe precisar en la elaboración de su requerimiento el distrito, provincia y/o departamento en donde se brindará el servicio.

**Nota 13:** La Entidad Contratante debe precisar en la elaboración de su requerimiento el plazo de la prestación del servicio expresado en días calendario.



Dra. Melissa Levano Ponte  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
MP. 53227. R.N. 044194



#### 2.2.4 Forma de pago

El pago se sujeta a las disposiciones establecidas en la Ley de Contrataciones del Estado, y su Reglamento.

#### 2.2.5 Penalidades

- a) Por mora en la ejecución de la prestación  
En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto de contrato, la Entidad Contratante le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de conformidad con el artículo 162° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. Se incluye en la penalidad por mora el retraso en la entrega de los documentos para la conformidad de la prestación del servicio (véase nota 14).
- b) Otras penalidades
- Se aplicará la penalidad del monto total de la factura mensual a la IPRESS que incurra en los casos detallados en el anexo N° 15.
  - Las penalidades serán de aplicación sin perjuicio de la obligación de resarcimiento de los daños y perjuicios u otra acción legal que pudieran tener lugar y de las deducciones en los pagos a cargo la Entidad Contratante de acuerdo con lo pactado.
  - El resarcimiento de los hallazgos evidenciados en el control que realiza la Entidad Contratante mediante la implementación de las recomendaciones no exceptúa la aplicación de las penalidades.

Las penalidades del literal a) y b) pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

**Nota 14:** Se considera retraso injustificado a la entrega fuera del plazo de los documentos para la conformidad del servicio o para la subsanación de prestaciones observadas en el proceso de conformidad.

#### 2.2.6 Confidencialidad

- a) La IPRESS contratada deberá guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los pacientes asignados por la Entidad Contratante y de aquella que se genere por la prestación del servicio, respetando lo previsto en la Ley 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento; y la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

#### 2.2.7 Impacto ambiental

- a) La IPRESS contratada debe realizar la adecuada gestión y manejo de residuos sólidos generados por el servicio contratado, según lo establecido en la Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA. "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación", sus modificatorias y otras normativas vigentes.
- b) La IPRESS contratada deberá cumplir con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1278, Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos y modificatorias. Asimismo, debe cumplir con las recomendaciones para el manejo de residuos generados durante la atención de pacientes con COVID-19 establecidas por el Ministerio de Salud.
- c) El cumplimiento de lo anteriormente señalado será verificado a través del proceso de control de las prestaciones de salud que la Entidad Contratante disponga.

#### 2.2.8 Recursos a ser provistos por el contratista



- c) La IPRESS contratada brindará facilidades a la Entidad Contratante para que pueda realizar actividades informativas a los pacientes y al personal de la misma.
- d) Lo declarado por el contratista está sujeto a la presunción de veracidad sin perjuicio de las verificaciones posteriores por parte de la Entidad Contratante y de las acciones legales que pueda realizar si se comprueba su falsedad.
- e) La IPRESS contratada deberá garantizar la capacitación permanente de su personal según sus necesidades y competencias. La IPRESS contratada deberá realizar capacitación permanente al personal de salud, pacientes y familiares sobre transmisión y prevención del COVID-19, entre otros, lo cual podrá ser verificado mediante los procesos de control que realice la Entidad Contratante.
- f) En el caso de complicaciones durante la sesión de hemodiálisis que originan el traslado de un paciente a un establecimiento de mayor complejidad, la IPRESS contratada deberá cumplir con las disposiciones vigentes establecidas en las normas de los procesos de referencia y contrareferencia vigente.
- g) La Entidad Contratante se reserva el derecho de solicitar cualquier información que estime conveniente relacionada al servicio contratado.

2.3. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

MOSPITAL DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA  
DIRECCIÓN  
V°B°

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN  
V°B°

REGIÓN ASISTENCIAL  
V°B°  
SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA  
DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA  
V°B°

Melissa Levario Ponte  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
P. 55557 RNE. 044194

REGIÓN ASISTENCIAL  
V°B°

REGIÓN ASISTENCIAL  
V°B°

<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>
	<b>HABILITACIÓN</b>
	<p><b>Requisitos:</b> El postor debe contar con:</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>

<b>B</b>	<b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>
<b>B.1</b>	<b>EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>
	<p><b>Requisitos:</b> El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cantidad de máquinas de hemodiálisis:</b> La Entidad Contratante debe indicar en la elaboración de su requerimiento el número de máquinas de hemodiálisis necesarias de acuerdo a su necesidad, de ser el caso indicando la cantidad por ítem, considerando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- cinco (05) máquinas de hemodiálisis como máximo por módulo,</li> <li>- una (01) máquina de emergencia por cada 1 o 2 módulos,</li> <li>- una (01) máquina de soporte técnico (de repuesto en caso de fallas técnicas ubicado en el cuarto de máquinas) por cada 1 o 2 módulos,</li> <li>- una (01) máquina de cebado y</li> <li>- una (01) máquina de hemodiálisis como mínimo en el local aislado.</li> </ul> </li> <li>• 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.</li> <li>• <b>Equipos mínimos del sistema de tratamiento de agua:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Filtro de sedimentos o multimedia o partículas</li> </ul> </li> </ul>

  	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expresado 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 (5) micrómetros</li> </ul> <p><u>Acreditación:</u> 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><b>C EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b></p> <p><u>Requisitos:</u> El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a [CONSIGNAR EL MONTO DE FACTURACIÓN EXPRESADO EN NÚMEROS Y LETRAS EN LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA, MONTO QUE NO PODRÁ SER MAYOR A TRES (3) VECES EL VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN O DEL ÍTEM], 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. Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p><u>Acreditación:</u> 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<sup>1</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

Elisssa Levario Ponte  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
P. 53357 RNE. 044794

III ANEXOS

  
C. MESTAS

  
G. CARLOS

<sup>1</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado: "... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"  
(...)  
"Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor (sea utilizando el término "cancelado" o "pagado") supuesto en el cual si se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".

ANEXO N° 1  
HISTORIA CLÍNICA INICIAL

I. **DATOS GENERALES:**

1.1. **DATOS DEL PACIENTE:**



- Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de atención: \_\_\_\_\_
- Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_
- N° de Afiliación: \_\_\_\_\_
- Departamento: \_\_\_\_\_
- Distrito: \_\_\_\_\_
- IPRESS pública de procedencia: \_\_\_\_\_
- Aseguradora: \_\_\_\_\_
- N° de DNI: \_\_\_\_\_
- Provincia: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_



1.2. **CONTACTO DE EMERGENCIA:**

- Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_
- Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
- Dirección: \_\_\_\_\_
- Departamento: \_\_\_\_\_
- Distrito: \_\_\_\_\_
- Provincia: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_



II. **EVALUACIÓN MÉDICA**

2.1. **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

- Enfermedad o condición clínica que produjo la enfermedad renal: \_\_\_\_\_
- Fecha de primera hemodiálisis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Comorbilidades: \_\_\_\_\_
- Grupo de sangre: \_\_\_\_\_
- Número de transfusiones: \_\_\_\_\_
- Diuresis residual en 24 horas: \_\_\_\_\_
- Medicación que recibe: \_\_\_\_\_
- Alergia a medicamentos: \_\_\_\_\_
- Otras terapias previas de reemplazo renal
  - Diálisis Peritoneal: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - Trasplante Renal: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*a. Melissa Levano Ponte*  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
C.M.P. 53357 R.N.E. 044194



2.2. **OTROS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:**

- Médicos: \_\_\_\_\_
- Quirúrgicos: \_\_\_\_\_
- Inmunizaciones:
  - a) Inmunización contra Hepatitis B
    - N° Dosis: \_\_\_\_\_
    - Fecha 1ra dosis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
    - Fecha 2da dosis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
    - Fecha 3ra dosis: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
    - Dosis de refuerzo: \_\_\_\_\_
  - b) Inmunización contra COVID 19  
Número de dosis y fechas: \_\_\_\_\_
  - c) Inmunización contra Influenza:  
Fecha de última dosis: \_\_\_\_\_
  - d) Inmunización contra Neumococo:  
Fecha de última dosis: \_\_\_\_\_





**2.3. ENFERMEDAD ACTUAL:**

- Síntomas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**2.4. EXAMEN CLÍNICO:**

- Funciones vitales:
  - Presión arterial: \_\_\_\_\_ - F.C.: \_\_\_\_\_ - F.R.: \_\_\_\_\_
- Peso: \_\_\_\_\_ • Talla: \_\_\_\_\_
- Piel: \_\_\_\_\_
- Acceso Vascular:
  - Accesos vasculares previos: \_\_\_\_\_
  - Fecha de creación del primer acceso vascular: \_\_\_\_\_
  - Causa de cambio y/o pérdida: \_\_\_\_\_
  - Fecha de realización de acceso vascular actual: / /
  - Ubicación:
    - Radial  Humeral  Otros  (especificar): \_\_\_\_\_
    - Subclavia  Yugular interna  Femoral

*Dra. Melissa Levano Ponte*  
- MÉDICO NEFRÓLOGO  
"MP. 53357 RNE. 044394"



- Tipo:
  - Fístula arterio venosa  Catéter temporal
  - Injerto  Catéter permanente
- Thrill de fistula arteriovenosa:
  - Bueno
  - Regular
- A. Cardiovascular:
  - Corazón: \_\_\_\_\_
  - Pulsos Periféricos: \_\_\_\_\_
- Aparato respiratorio: \_\_\_\_\_
- Abdomen: \_\_\_\_\_
- Neurológico: \_\_\_\_\_
- Osteomuscular: \_\_\_\_\_
- Estado Nutricional: \_\_\_\_\_
- Índice de Karnofski: \_\_\_\_\_



**2.5. EXÁMENES DE LABORATORIO:**

- Hematología:
  - Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fecha: / /
  - Factor Rh : \_\_\_\_\_ Fecha: / /
  - Hb/Hto : \_\_\_\_\_ Fecha: / /
  - Tiempo de Hemodiálisis: \_\_\_\_\_
  - Transfusiones previas: Sí  NO  Número: \_\_\_\_\_
- Bioquímica:
  - Glucosa : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Depuración de Creatinina : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Urea : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Creatinina : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Ácido Úrico : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Prot. Totales. : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Albúmina : \_\_\_\_\_ Fecha : / /



- Calcio : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Fósforo : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- TGO : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- TGP : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Hierro sérico : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Saturación de transferrina: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Dosaje de paratohormona: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• Serología:

- Serológicas para Lúes: Positivo Negativo Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- AgHBs : Positivo Negativo Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- AchBs : Positivo Negativo Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- AchBc : Positivo Negativo Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- AchVC : Positivo Negativo Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- HIV : Positivo Negativo Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- HTLV-1 : Positivo Negativo Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Prueba COVID-19: Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Ecografía Renal: SÍ  NO  Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- RX de Tórax: SÍ  NO  Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Levanto Ponte  
DEFROLODO  
Nº RNE: 044194

**III. DATOS DEL MÉDICO**

- Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_
- N° CMP : \_\_\_\_\_
- Especialidad: \_\_\_\_\_
- N° RNE : \_\_\_\_\_
- Firma y Sello : \_\_\_\_\_



ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS



Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Usted ha sido diagnosticada(o) con Enfermedad Renal Crónica Terminal, para lo cual tendrá que continuar con sus sesiones de hemodiálisis como tratamiento sustitutivo renal. Dicho procedimiento se realiza a través de un dializador con la finalidad de limpiar la sangre de las sustancias y del exceso de líquidos que sus riñones no son capaces de eliminar. Este procedimiento se realiza a través de un acceso vascular como pueden ser un catéter venoso central (temporal o permanente), fistula arterio-venoso o injerto.

En caso de tener una fistula o injerto se le realizaran dos punciones en cada sesión, mientras que si es portador de un catéter se realizará un procedimiento de conexión al sistema que se utilizará para el tratamiento de hemodiálisis.

Además de las sesiones de hemodiálisis, Ud. tendrá que colaborar activamente en el cumplimiento de la dieta y medicación que se le prescriba.

El tratamiento de hemodiálisis pretende mejorar su calidad de vida, no equivale a una curación de su enfermedad, no corrige las alteraciones provocadas por la enfermedad renal, no evita la progresión de algunas enfermedades y patologías asociadas (arterioesclerosis, diabetes, etc).

Las complicaciones que pueden presentarse durante la sesión de hemodiálisis son: náuseas, vómitos, dolor de cabeza (cefalea), hipotensión e hipertensión arterial, hemorragias (pérdida de sangre), visión borrosa, arritmias cardíacas, dolor torácico, calambres musculares; con respecto a la conexión y desconexión al sistema de hemodiálisis se puede presentar: ruptura del filtro o líneas arterio-venosas, coagulación del circuito de sangre, ruptura de glóbulos rojos (hemólisis), entrada de aire en el circuito de sangre (embolia gaseosa).

Así mismo, pueden producirse reacciones de hipersensibilidad al filtro, líneas arterio-venosas y sustancias de desinfección. También pueden ocurrir infecciones de la fistula arterio-venosa o del catéter venoso central o la contaminación del agua y/o líquido de diálisis, originando: fiebre, escalofríos, malestar general, dolor torácico y arritmias cardíacas.

Por ello, mediante lo expuesto, hago constar lo siguiente:

- a) He sido informado (a) respecto a mi enfermedad y sus complicaciones del tratamiento de hemodiálisis.
- b) Dejo constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, que comprendo la finalidad del tratamiento de hemodiálisis que se me propone y sus complicaciones.
- c) He comprendido la explicación que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, absolviendo las consultas que he planteado.

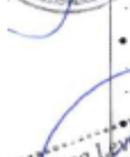


\_\_\_\_\_  
Firma o huella de paciente  
DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma o huella de familiar o apoderado  
DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de médico  
DNI: \_\_\_\_\_

ANEXO N° 3  
FORMATO DE PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS



Nombres y apellidos: ..... Fecha: .....  
 N° de afiliación a aseguradora: ..... N° de historia clínica .....  
 N° de sesión de hemodiálisis del mes: ..... Frecuencia (veces/semana): ..... Turno: .....  
 Atención en condiciones COVID 19: Si ( ) No ( )

PARTE DE ATENCIÓN MÉDICA

I.1. EVALUACIÓN INICIAL

- Hora de evaluación inicial: .....
- Problemas clínicos: .....
- Signos y síntomas: .....
- Funciones vitales: .....

Prescripción del tratamiento de hemodiálisis

Prescripción para máquina de hemodiálisis:  
 Horas de hemodiálisis: Qb.: Conductividad:  
 Dosis de heparina: Qd: Na inicial:  
 Peso seco: Buffer: Bicarbonato Na final:  
 Peso inicial: Perfil de Na.:  
 Ultrafiltrado a programar: Perfil de UF:  
 Prescripción para dializador:  
 Área de dializador: Membrana de dializador:

.....  
 Firma y sello del  
 Especialista en Nefrología

I.2. EVALUACIÓN FINAL

- Hora de evaluación final: .....
- Condición clínica del paciente al finalizar hemodiálisis y otros: .....

.....  
 Firma y sello del  
 Especialista en Nefrología

**II. PARTE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**II.1. Valoración de enfermería**

.....  
 .....  
 .....



Peso inicial:                      P.A. inicial:  
 N° de Máquina:                  Marca/ modelo de máquina:                  N° de puesto:  
 Área/membrana de filtro:  
 Ultrafiltrado programado:  
 Acceso Vascular:  
 Arterial: FAV ( )                  INJ. ( )                  CVC t. ( )                  CVC LP ( )  
 Venoso: FAV. ( )                  VP. ( )                  INJ. ( )                  CVC t. ( )                  CVC LP ( )

**II.2. Administración de medicamentos:**

Presentación	Cantidad
Hierro 20 mg Fe/mL INY 5 mL	
Epoetina alfa 2000 UI/mL	
Epoetina alfa 4000 UI/mL	
Hidroxicobalamina 1mg/mL INY 1mL	
Calcitriol 1 mcg/mL INY	
Otros:	

*Yelissa Levano Paredes*  
 MÉDICO NEFRÓLOGO  
 AP. 53857 RNE. 044

**II.3. Evolución del tratamiento de hemodiálisis:**



HORA	P.A	FC	Qb	CND	R.A	R.V	PTM	SOL/HEMODERIVADOS	OBSERVACIONES

P.A. final: .....                  Peso final: .....

Observación final y otros:.....  
 .....

Aspecto de filtro: .....



.....  
 Lic. En enfermería  
 Inicia tratamiento

.....  
 Lic. En enfermería  
 Finaliza tratamiento

ANEXO N° 4  
ATENCIÓN EN NUTRICIÓN

 Datos de filiación del paciente  
Apellidos y nombres.....  
N° de afiliación.....Tipo y número de documento.....  
Dirección del domicilio.....  
Distrito.....Provincia.....Departamento.....  
Teléfono.....

 Historia clínica

 Historia nutricional

Medidas antropométricas

 Resultados bioquímicos

Resultado del último Malnutrition Inflammation Score

Diagnóstico nutricional

Recomendaciones generales

Recomendaciones dietéticas

 Fecha.....  
Firma y sello de licenciado en nutrición .....

ANEXO N° 5  
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Datos de filiación del paciente

Apellidos y nombres.....  
N° de afiliación.....Tipo y número de documento.....  
Dirección del domicilio.....Provincia.....Departamento.....  
Distrito.....Teléfono.....

Motivo de consulta

Observación de conducta

Pruebas psicológicas realizadas y resultados

Último resultado de EuroQol-5D

Diagnóstico psicológico

Plan de tratamiento

Recomendaciones

Fecha.....

Firma y sello de licenciado en psicología .....

ANEXO N° 6  
ATENCIÓN EN SERVICIO SOCIAL



Datos de filiación del paciente

Apellidos y nombres.....  
N° de afiliación..... Tipo y número de documento.....  
Dirección del domicilio.....  
Distrito..... Provincia..... Departamento.....  
Teléfono.....



Evaluación social

Evaluación familiar



Evaluación de vivienda

Evaluación laboral

*Melissa Leano*  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
R. 53357 RNE. 044194

Evaluación económica

Diagnóstico social



Medidas generales

Medidas específicas



Fecha.....

Firma y sello de licenciado en servicio social .....







*Elissa Levano Pantoja*  
Médico NEFRÓLOGO  
P. 53357 R.L. 344194



**ANEXO N° 8**  
**REGISTRO DIARIO DE ATENCIONES DE ENFERMERÍA Y COMPLICACIONES DURANTE LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS**  
(llenar por módulo y por día)

Fecha: ..... Frecuencia: LMV MJS Módulo: .....

Procedimientos	Cantidad (*)	Observaciones (De presentarse complicaciones, consignar nombre de paciente)
Administración de Hierro	E.V	
Administración de Eritropoyetina	E.V S.C	
Administración de Calcitriol	E.V	
Administración de Hidroxicobalamina	E.V	
Administración de Antibiótico	E.V Tópico	
Toma de muestra		
Transfusión sanguínea		
Abordaje de acceso vascular	FAV	
	INJERTO	
	CVC temporal	
	CVC permanente	
Curación de catéter venoso central	CVC temporal	
	CVC permanente	
Recanulaciones	Acceso arterial	
	Acceso venoso	
Heparinización	Total en bolo inicial	
	Continua	
	Sin heparina	
Test de acceso vascular	Resingida	
	Número de test realizado al acceso vascular	
Administración de oxígeno	Bigotera nasal	
	Máscara venturi	
	Máscara de reservorio	
Atención en complicaciones intradialíticas	Hipotensión	
	Hipertensión	
	Calambres	
	Náuseas y vómitos	
	Cefalea	
	Reacción química	
	Reacción pirógena	
	Cambio de dializador	
	Cambio de línea venosa	
	Cambio de línea arterial	
	Hiperkalemia	
	Edema agudo de pulmón	
Paro cardio respiratorio		

(\*) La cantidad debe estar diferenciada por turnos de atención.

ANEXO N° 9-A

REGISTRO MENSUAL DE PACIENTES NUEVOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA



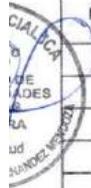
*Mélica Lavallina Jirón*  
 MÉDICA NEFROLOGÍA  
 C.M.P. 53357 NNE- 846174



Apellidos y nombres	DNI N°	Edad	Sexo	Dirección	Teléfono	IPRESS pública de referencia	IPRESS privada de procedencia	Fecha de ingreso	Turno	Secuencia	Serología

ANEXO N° 9-B

REGISTRO MENSUAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA



Hospital Pontre  
FRÜLOSA  
RNE-044194

N°	Apellidos y nombres	DNI N°	Edad	Sexo	IPRESS pública de hospitalización	Fecha de hospitalización	Motivo de hospitalización	Fecha de alta





ANEXO N° 9-C

REGISTRO MENSUAL DE EGRESO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

N°	Apellidos y nombres	DNI n°	Edad	Sexo	Fecha de egreso	Motivo de egreso (*)	Causa de fallecimiento (solo en egresos por fallecimiento)

- Motivos de egreso:
- Fallecimiento
  - Abandono
  - Trasplante renal
  - Cambio de terapia de diálisis
  - Seguro inactivo
  - Traslado a otra IPRESS
  - Otros







ANEXO N° 11

CONTROL DIARIO DE DESINFECCIÓN INTERNA DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS



Técnico de máquinas responsable: .....

N° puesto	N° Máquina	Observación	Desinfección de máquina		Médico responsable del turno	Desinfección de máquina		Médico responsable del turno	Desinfección de máquina		Médico responsable del turno
			Inicio	Final		Inicio	Final		Inicio	Final	

evano Ponte  
EFRÓLOGO  
RNE 044174



- En observaciones colocar si se presentó:
- 1) Cambio de protector de transductor interno de la máquina.
  - 2) Activación de alarma de fuga de sangre.
  - 3) Otros.



ANEXO N° 13

FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES VIRALES EN DIÁLISIS



Dr. Carlos Levarón  
N° 53357  
Médico Nefrólogo



I. DATOS:

Fecha de Investigación: .....  
Apellidos y Nombres: .....  
Número de DNI/CE: ..... Teléfono: .....  
Domicilio: .....  
Distrito: ..... Hospital de Referencia: .....

II. NOTIFICACIÓN DEL CASO DE SEROCONVERSIÓN:

IPRESS: .....  
CASO: HVB ( ) HVC ( ) HIV ( )  
CLASIFICACIÓN DE CASO: Confirmado ( ) Sospechoso ( )

III. SEROLOGÍA PARA HEPATITIS VIRAL:

EXÁMENES DE LABORATORIO	RESULTADO		FECHA
	POSITIVO	NEGATIVO	
Antígeno de superficie del VHB (HBsAg)			
Anticuerpos contra HBsAg (Anti-HBsAg)			
Anticuerpos contra VHC			
Anticuerpo VIH 1-2			

IV. INFORMACIÓN DE ERC:

Etiología de ERC: .....  
Fecha de diagnóstico de ERC: .....  
IPRESS de Hemodiálisis donde inició TRR: ..... FECHA: .....  
IPRESS de Hemodiálisis actual: .....  
Fecha de Inicio de HD en IPRESS Actual: .....

V. INFORMACIÓN CLÍNICA:

Es sintomático: SÍ ( ) NO ( )  
Tiempo de inicio de síntomas: ..... días  
Síntomas: Ictericia ( ) Malestar general ( ) Astenia ( ) Náuseas Vómitos ( )  
                  Coluria ( )  
Otros (especificar): .....

ENZIMAS HEPÁTICAS AL DIAGNÓSTICO:

- TGP: Resultado (.....) Fecha: (.....)  
- TGO: Resultado (.....) Fecha: (.....)

Elevación de transaminasas superior a 2 veces valor basal:  
SÍ ( ) NO ( ) Desde Cuándo: .....

Variaciones mensuales inexplicadas de transaminasas:  
SÍ ( ) NO ( ) Desde Cuándo: .....

Actualmente recibe tratamiento farmacológico para problemas cardiológicos y/o hepáticos crónicos:  
SÍ ( ) NO ( ) Detalle: .....

VI. FACTORES DE RIESGO

- Ha tenido contacto sexual con personas desconocidas: SÍ ( ) NO ( )  
- Ha sido tratado por alguna enfermedad de transmisión sexual: SÍ ( ) NO ( )  
Fecha del tratamiento más reciente: .....



*Helisa Levana Ponte*  
MEDICO NEFRÓLOGO  
° 53857 RNE. 044194



- Ha recibido transfusiones sanguíneas o derivados: Sí ( ) NO ( ) DESCONOCIDO ( )  
Tipo de producto recibido (especificar): .....
- Número de transfusiones: 1 ( ) 2 ( ) >3 ( )
- Fecha de última transfusión: .....
- Ha usado drogas inyectables: Sí ( ) NO ( )
- Ha sufrido punción accidental con agujas u otro objeto contaminado con sangre: Sí ( ) NO ( )
- Ha trabajado o realizado actividades que involucren el contacto con productos sanguíneos: Sí ( ) NO ( )
- Se le ha realizado procedimientos odontológicos: Sí ( ) NO ( )  
Fecha del procedimiento: .....
- Se le ha realizado procedimientos endoscópicos: Sí ( ) NO ( )  
Fecha del procedimiento: .....
- Ha tenido intervención quirúrgica: Sí ( ) NO ( )  
Tipo de cirugía (especificar): .....
- Fecha de cirugía: .....
- Se ha realizado tatuajes, acupuntura u otro procedimiento quirúrgico?: Sí ( ) NO ( ) Tipo de  
cirugía (especificar): .....
- Fecha de cirugía: .....
- Ha estado hospitalizado en los últimos años: Sí ( ) NO ( )  
Fecha de cada hospitalización: .....
- Tiempo de cada hospitalización: .....
- Hemodializó en un hospital en el último año: Sí ( ) NO ( )
- Ha recibido inyecciones o infusiones intravenosas en fama ambulatoria: Sí ( ) NO ( )
- Qué tipo de terapia de reemplazo renal ha recibido: HD ( ) DP ( ) TR ( )
- En cuantas unidades de hemodiálisis ha recibido tratamiento previamente: .....

Unidad de hemodiálisis (especificar):

Nombre de la Clínica:			
Tiempo de permanencia en la unidad de diálisis	..... meses	..... meses	..... meses
Fecha de inicio de diálisis:			

**VII. SECTORIZACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES:** (Adjuntar Formatos de Sectorización de Pacientes de los últimos 6 meses).

- Frecuencia y turno de tratamiento: .....
- El paciente solicita cambios frecuentes de turno de tratamiento al mes: Sí ( ) NO ( )  
Motivo: .....
- Se ha modificado la asignación máquina – paciente: Sí ( ) NO ( )  
Motivo: .....
- Antecedentes de Seroconversión en la clínica: Sí ( ) NO ( )  
¿Quiénes?: .....

**VII. VACUNACIÓN:**

- Ha recibido vacunas contra VHB: Sí ( ) NO ( ) Motivo: .....
  - Número de esquemas de vacunación seguidos: Sí ( ) NO ( )
  - Número de dosis de refuerzo recibidos: .....
  - Detalle del último esquema de vacunación seguido:
- | DOSIS   | LUGAR | FECHA |
|---------|-------|-------|
| PRIMERA |       |       |
| SEGUNDA |       |       |
| TERCERA |       |       |

- El título sérico de Anti-HBsAg es ≥ 10 mUI/L: Sí ( ) NO ( ) DESCONOCIDO ( )  
Valor: .....mUI/L Fecha de análisis: .....

VIII. PROBABLES FACTORES ASOCIADOS A SEROCONVERSIÓN RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN:

.....  
.....  
.....



NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUE REPORTA: .....



CARGO: .....



(Para ser llenado por la Entidad)

**CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO:**

FECHA: .....

FICHA N°: .....

**Sistema de Información:**

- Confirmado ( ) Sospechoso ( ) Descartado ( ) Inadecuadamente Investigado ( )
- Seroconversión aislada ( ) Seroconversión asociada a vacunación ( ) Seroconversión en periodo ventana ( )



ANEXO N° 14

NIVELES MÁXIMOS DE CONTAMINANTES QUÍMICOS Y ELECTROLITOS EN AGUA DE DIÁLISIS

Cuadro N° 1. Contaminantes químicos

Contaminante	Concentración máxima (mg/L)
Aluminio	0.01
Cloro total	0.1
Cobre	0.1
Flúor	0.2
Plomo	0.005
Nitrato (como N)	2
Sulfato	100
Zinc	0.1

Cuadro N° 2. Electrolitos

Electrolitos	Concentración máxima
Calcio	2 mg/L (0.05 mmol/l)
Magnesio	4 mg/L (0.15 mmol/l)
Potasio	8 mg/L (0.2 mmol/l)
Sodio	70 mg/L (3.0 mmol/l)

ANEXO N° 15  
PENALIDADES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO



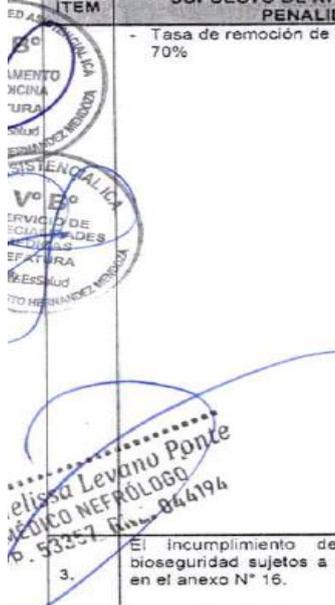
Dr. Levano Ponte  
CO NEFRÓLOGO  
3352 RUC: 044194



ITEM	SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD	FORMA DE CÁLCULO	PROCEDIMIENTO
1.	<p>Ausencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales, de acuerdo a los módulos de atención operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- médico asistencial</li> <li>- enfermero (a) asistencial</li> <li>- técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis</li> <li>- técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores</li> <li>- profesional en mantenimiento de máquinas.</li> </ul>	<p>(3%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud, por cada uno de los profesionales ausentes.</p>	<p>La comprobación de la ausencia de los profesionales de la IPRESS contratada se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.</p> <p>Se considera ausencia cuando cumpla con alguno de los siguientes supuestos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No presencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- médico asistencial (como máximo tres módulos por turno de atención).</li> <li>- enfermero (a) asistencial (como máximo un módulo por turno de atención).</li> <li>- técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis (como máximo un módulo por turno de atención).</li> <li>- técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores (como máximo dos módulos por turno de atención).</li> <li>- profesional en mantenimiento de máquinas (uno por turno de atención).</li> </ul> </li> <li>2. No permanencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- médico asistencial (como máximo tres módulos por turno de atención).</li> </ul> </li> </ol>

ÍTEM	SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD	FORMA DE CÁLCULO	PROCEDIMIENTO
 <p>3347 R. 041</p>	<p>Más del 15% de los pacientes no cumplen con al menos uno de los siguientes estándares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- KUV igual o mayor a 1,30</li> </ul>	<p>(2%) del monto total de la factura correspondiente al mes sujeto a control, si el porcentaje de pacientes que no cumplen el estándar es del 16% al 30%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- enfermero (a) asistencial (como máximo un módulo por turno de atención).</li> <li>- técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis (como máximo un módulo por turno de atención).</li> <li>- técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores (como máximo dos módulos por turno de atención).</li> <li>- profesional en mantenimiento de máquinas (uno por turno de atención).</li> </ul> <p>3. No acreditación de la profesión (título profesional universitario o técnico), colegiatura profesional (cuando corresponda) o experiencia profesional (según la experiencia señalada en el literal b del numeral 6 del anexo N° 17) de uno o más de los siguientes profesionales presentes durante el turno de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- médico asistencial</li> <li>- enfermero (a) asistencial</li> <li>- técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis</li> <li>- técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores</li> <li>- profesional en mantenimiento de máquinas (uno por turno de atención).</li> </ul>
			<p>Se verifica por medio de los valores de parámetros clínicos mensuales y valores de exámenes de laboratorio mensuales, de</p>



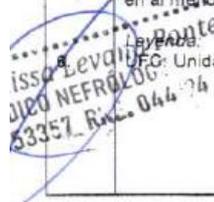
ITEM	SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD	FORMA DE CÁLCULO	PROCEDIMIENTO
	- Tasa de remoción de urea mayor o igual a 70%	(5%) del monto total de la factura correspondiente al mes sujeto a control, si el porcentaje de pacientes que no cumplen el estándar es del 31% al 50%.	acuerdo a los procedimientos establecidos por la Entidad Contratante.  Para el cálculo solamente se considera a los pacientes atendidos por más de 30 días en la IPRESS contratada.  El cálculo del Kt/V se realiza mediante la siguiente fórmula: $Kt/V = - \ln((C2/C1) - (0.008 \times T)) + (4 - 3.5 \times (C2/C1)) \times UF/P$ El valor obtenido de Kt/V, considera dos decimales y no será sujeto a redondeo
		(10%) del monto total de la factura correspondiente al mes sujeto a control, si el porcentaje de pacientes que no cumplen el estándar es igual o mayor a 51%.	El cálculo de la tasa de remoción de urea (PRU) se realiza mediante la siguiente fórmula: $PRU (\%) = 100 \times (C1 - C2) / C1$ Leyenda: C1: Urea pre-diálisis (en mg/dL). C2: Urea post-diálisis. T : Tiempo de hemodiálisis (en horas) UF: Cambio de peso pre-postdiálisis en kilogramos (kg). P: Peso post-diálisis (en kg).
3.	El incumplimiento de los criterios de bioseguridad sujetos a penalidad detallados en el anexo N° 16.	(5%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud	La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.

Versión 01  
Página 37 de 71

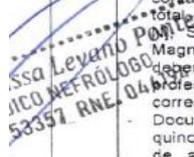


ITEM	SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD	FORMA DE CÁLCULO	PROCEDIMIENTO
10	El grupo electrógeno de la IPRESS contratada no funciona en modo automático.	(3%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.	La comprobación se efectúa a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante. Cuando el grupo electrógeno no es exclusivo de la UPS hemodiálisis y de él dependen otros servicios de la IPRESS, se solicita un documento suscrito profesional competente el cual indique la operatividad del grupo electrógeno en modo automático. En caso, la IPRESS contratada no permita realizar la prueba en modo automático del funcionamiento del grupo electrógeno, se aplica la penalidad.
11	La IPRESS contratada no dispone de los medicamentos, insumos y equipos detallados en el apartado "5. Coche de Paro" del cuadro N° 1 del anexo N° 17, según la cantidad mínima indicada y las especificaciones señaladas.	(3%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.	La comprobación se efectúa a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.
12	El recuento mensual de bacterias mayor a 100 UFC/ml en líquido de diálisis o mayor a 10 UFC/100 ml en líquido de diálisis ultrapuro, en al menos una máquina de hemodiálisis.	(2%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.	Se verifica por medio de los reportes de resultados de laboratorio del recuento mensual unidades formadoras de colonias (UFC/mL) de una muestra de líquido de diálisis o líquido de diálisis ultrapuro de dos máquinas de hemodiálisis, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 15). En caso, la IPRESS contratada no presente los mencionados reportes, corresponde la aplicación de la penalidad.


  
**C. MESTAS**

ITEM	SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD	FORMA DE CÁLCULO	PROCEDIMIENTO
    	<p>El nivel de endotoxinas en agua tratada mayor a 0.25 UE/mL para agua purificada o mayor de 0.03 UE/mL para agua ultrapura, en al menos uno de siguientes puntos de toma de muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salida de la ósmosis inversa,</li> <li>- Al inicio de cada anillo de distribución</li> <li>- Final de cada anillo de distribución</li> </ul> <p>Leyenda: UE: Unidad de endotoxinas</p>	(2%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.	Se verifica por medio de los reportes de resultados de laboratorio de la muestra de endotoxinas en agua tratada a la salida de la ósmosis inversa, al inicio del anillo de distribución y al final del anillo de distribución, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 15). En caso, la IPRESS contratada no presente los mencionados reportes, corresponde la aplicación de la penalidad.
	<p>El incumplimiento de al menos uno de los siguientes documentos o registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro diario del monitoreo del test de dureza, pH, conductividad y cloramina, según anexo N° 10. Los registros deben contar con firma del personal quien lo realiza y del médico responsable del turno de atención.</li> <li>- Resultados de laboratorio trimestrales de contaminantes químicos (Aluminio, Cloro total, Cobre, Flúor, Plomo, Nitrato (como Sulfato, Zinc) y electrolitos ( Calcio, Magnesio, Potasio, Sodio). Los resultados deben tener el nombre y firma del profesional responsable del laboratorio correspondiente.</li> <li>- Documento que acredite la desinfección quincenal del tanque de almacenamiento de agua tratada y de las líneas de distribución de agua tratada; el cual debe contar con firma y sello del director médico</li> </ul>	(2%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.	La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.

Versión 01  
Página 39 de 71



ITEM	SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD	FORMA DE CÁLCULO	PROCEDIMIENTO
	<p>en caso sea realizado por la misma IPRES. Cuando el procedimiento es brindado por un servicio tercerizado presentará certificado de la empresa con firma y sello del profesional correspondiente.</p> <p>Documento que acredite la limpieza y desinfección semestral de cisternas y/o tanques elevados (certificado extendido por el profesional competente según las normas vigentes.</p>		
	<p>Discordancia negativa entre la cantidad de dializadores y líneas arteriovenosas, con el número de sesiones de hemodiálisis del mes supervisado.</p>	<p>(5%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.</p>	<p>La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.</p> <p>Se aplica la penalidad cuando la cantidad de dializadores y líneas arteriovenosas es menor al número de sesiones de hemodiálisis del mes supervisado.</p> <p>En el control de las prestaciones de salud se solicitan los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardex de almacén con información de la cantidad de ingresos y egresos de dializadores y líneas arteriovenosas por número de serie y lote.</li> <li>• Consolidado de sesiones de hemodiálisis del mes.</li> <li>• Control diario de descarte de dializadores (anexo N° 7-A).</li> <li>• Control diario de descarte de set de líneas arteriales y venosas (anexo N° 7-B).</li> </ul>

ÍTEM	SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD	FORMA DE CÁLCULO	PROCEDIMIENTO
			Se podrá solicitar facturas originales y/o guías de remisión que sustenten la compra y el uso de todos los materiales e insumos requeridos
10.	La IPRESS no permite el ingreso del equipo supervisor a sus instalaciones o inicio del proceso de control que realiza la Entidad Contratante.	(10%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.	La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.
11.	Cambio de lugar donde brinda el servicio sin comunicación, verificación y autorización de la Entidad Contratante.	(2%) del monto total de la factura correspondiente a cada mes en que la IPRESS esté brindando el servicio en otro lugar sin comunicación, verificación y autorización de la Entidad Contratante.	La comprobación se realizará desde momento en que la Entidad Contratante tome conocimiento del cambio de lugar de atención de la IPRESS.
12.	Al menos una máquina de hemodiálisis está siendo utilizada sin las alarmas operativas.	(1%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.	La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.
13.	El tiempo programado (monitor de máquina) de las sesiones realizadas en el turno supervisado es menor al tiempo prescrito por el médico nefrólogo en la historia clínica, identificado en al menos un paciente durante el control de las prestaciones de salud.	(1%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.	La comprobación se efectúa a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante, donde se contrasta el tiempo programado de las sesiones (en el monitor de máquina) con el tiempo prescrito por el médico nefrólogo en la historia clínica.
14.	La IPRESS contratada incumple las condiciones establecidas en el anexo N° 19	(1%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.	La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.

Nota 15: La Entidad Contratante debe indicar el procedimiento en la elaboración de su requerimiento.



C. MESTAS

ANEXO N° 16  
CRITERIOS DE BIOSEGURIDAD SUJETOS A PENALIDAD

**A. SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO QUE INFLUYE EN LA BIOSEGURIDAD:**

1. El consultorio médico cuenta con lavatorio para lavado de manos equipado (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla) y operativo. Las superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
2. La sala de hemodiálisis cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes y pisos revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
3. La sala de hemodiálisis cuenta con inyectores y extractores de aire operativos.
4. Cada módulo de hemodiálisis cuenta con un lavatorio para lavado de manos con surtidor de agua en cuello de ganso accionado sin el uso de las manos, con dispensador de jabón y de papel toalla que permita extraer el papel directamente, sin el uso de palancas, botones o similares. Todo debe estar equipado y Operativo.
5. La IPRESS cuenta con local aislado, con aislamiento estructural. El local aislado que se encuentra en un piso distinto al de la sala de hemodiálisis, tiene acceso mediante ascensor y/o cuenta con acceso para personas con discapacidad.
6. El local aislado cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
7. La sala de lavado de material biocontaminado cuenta con lavadero de acero inoxidable para el lavado de material biocontaminado (riñoneras, instrumental quirúrgico, férulas, etc.) con surtidor de agua accionado sin el uso de las manos. Estos deben estar operativos, equipados, en buenas condiciones de conservación e higiene y no deben ser utilizados para otros fines.
8. La sala de lavado de material biocontaminado cuenta con lavatorio para lavado de manos, surtidor de jabón a pedal, surtidor de agua accionado sin el uso de las manos y dispensador de papel que permita extraer el papel directamente sin el uso de palancas, botones o similares, equipado y operativo.
9. La sala de lavado de material biocontaminado cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
10. La sala de cebado de sistemas extracorpóreos cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
11. La sala de cebado de sistemas extracorpóreos cuenta con inyectores y extractores de aire operativos.
12. El área limpia está ubicada cerca de la sala de hemodiálisis, cuenta con superficies que la delimitan en perfecto estado de conservación e higiene, protegida de la contaminación del medio ambiente.
13. El cuarto limpio cuenta con armarios y vitrinas para almacenamiento de material limpio y/o estéril, en buen estado de conservación e higiene.
14. El cuarto limpio cuenta con refrigeradora y su termómetro digital, ambos deben estar operativos.
15. El cuarto limpio cuenta con paredes y pisos revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
16. El área biocontaminada cuenta con separación física de las demás áreas. Para almacenamiento temporal de ropa biocontaminada (mandilones, frazadas y sábanas).
17. El área biocontaminada, cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.





3. Calzado de guantes limpios para la realización del procedimiento
4. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
5. El procedimiento se realiza desde las áreas menos sucias a las más sucias, es decir desde aquellas con mayor contacto con sangre u otro agente contaminante hacia las de menor contacto.
6. El procedimiento se realiza con movimientos en un solo sentido, de un lado a otro, no retornando a las zonas ya desinfectadas
7. Uso de uno a más trapos o paños por cada sillón de hemodiálisis. El o los trapos o paños no son reutilizado para la limpieza de otro equipo o mobiliario.
8. Uso de desinfectante para la limpieza externa de acuerdo a la indicación del fabricante y normativa vigente.
9. Realiza el retiro de guantes al finalizar el procedimiento.
10. Realiza el lavado de manos al finalizar el procedimiento.



**C.3. El personal técnico de enfermería realiza todos los pasos del procedimiento de limpieza y desinfección de coches de curaciones o coche centralizado:**

1. Antes de empezar el procedimiento de limpieza y desinfección de coches de curación: se realizó el retiro de sábanas, frazadas, férulas, riñoneras por parte del personal técnico de enfermería y residuos biocontaminados por parte del personal de limpieza.
2. Antes del procedimiento el personal realiza el lavado manos
3. Calzado de guantes limpios para la realización del procedimiento
4. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
5. El procedimiento se realiza desde las áreas menos sucias a las más sucias (parte superior a parte inferior)
6. El procedimiento se realiza con movimientos en un solo sentido, de un lado a otro, no retornando a las zonas ya desinfectadas
7. Uso de uno a más trapos o paños por cada coche de curación. El o los trapos o paños no son reutilizado para la limpieza de otro equipo o mobiliario.
8. Uso de desinfectante para la limpieza externa de acuerdo a la indicación del fabricante y normativa vigente.
9. Realiza el retiro de guantes al finalizar el procedimiento.
10. Realiza el lavado de manos al finalizar el procedimiento

**C.4. El personal de limpieza realiza todos los pasos del procedimiento de limpieza de pisos de sala de hemodiálisis:**

1. Antes de empezar el procedimiento de limpieza y desinfección de pisos en sala de hemodiálisis: se realizó la desinfección externa de máquinas de hemodiálisis, sillones, coches de curación o coche centralizado, superficie de mobiliario de las estaciones de enfermería, percheros, lavaderos de manos, entre otros.
2. Antes del procedimiento el personal de limpieza realiza el lavado manos.
3. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
4. Calzado de guantes de goma para la realización del procedimiento, por encima del mandil.
5. El procedimiento se realiza con arrastre húmedo, en un solo sentido no retornando a zonas ya desinfectadas, con el uso de mopas o trapeadores (prohibido el barrido en seco, uso de escobas o cepillos).
6. Con mopa o trapeador, humedecido en desinfectante (de acuerdo a indicación del fabricante), se inicia la desinfección de los pisos de las estaciones de enfermería.







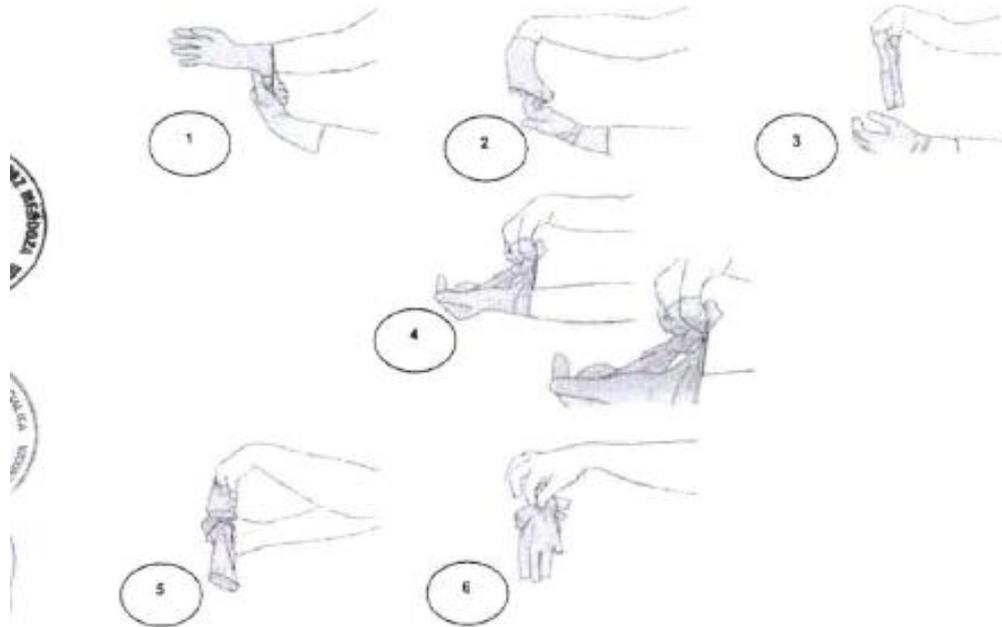
Fuente: Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. Primer Desafío Global de Seguridad del Paciente Una Atención Limpia es una Atención Segura. Organización Mundial de la Salud 2009



*Leviano Ponte*  
NEFRÓLOGO  
C.R. 044196



Imagen N°03. Retiro de guantes según los pasos de la OMS



1-3	Quitarse el primer guante con los dedos de la otra mano. Quitarse el guante enrollándolo de adentro hacia fuera hacia la articulación del dedo medio (sin quitarlos completamente)
4	Quitarse el otro guante doblando el borde externo sobre los dedos de la mano parcialmente sin guantes
5	Quitarse el guante enrollándolo completamente de adentro hacia fuera para asegurarse de que la piel del Trabajador de la Salud esté siempre y exclusivamente en contacto con la superficie interna del guante.
6	Descartar los guantes

Fuente: Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. Primer Desafío Global de Seguridad del Paciente Una Atención Limpia es una Atención Segura. Organización Mundial de la Salud 2009



















personas con enfermedades no transmisibles en el contexto de la pandemia por COVID-19".  
- Otras normativas vigentes relacionadas a infraestructura de IPRESS y las recomendaciones que el Ministerio de Salud emita en relación al COVID-19.

b) La IPRESS contratada debe contar como mínimo con las siguientes áreas y características:

Cuadro N° 2. Infraestructura y sus características

N°	AMBIENTE/ÁREA	CARACTERÍSTICAS
1.	Sala de Espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con ventilación e iluminación adecuada.</li> <li>• Que permita el acceso y estancia de personas en sillas de ruedas.</li> <li>• Debe contar con mobiliario cómodo, que permita su fácil limpieza y desinfección</li> <li>• Debe cumplir con las recomendaciones para la organización de áreas en contacto con pacientes con COVID-19, según normativa vigente</li> </ul>
2.	Sala de Hemodiálisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sala de hemodiálisis cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.</li> <li>• <b>Puesto de hemodiálisis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Superficie mínima de 6 m<sup>2</sup> por cada puesto de diálisis, con una separación mínima de 0.6 metros laterales con sillones extendidos.</li> <li>- La separación mínima entre sillones de puestos frontales debe ser como mínimo de 1.5 metros lineales con sillones extendidos.</li> <li>- La separación mínima entre el sillón y la máquina de hemodiálisis debe ser como mínimo 30 cm.</li> <li>- En la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19, la distancia de un puesto de hemodiálisis a otro en la sala de hemodiálisis debe garantizar al menos un metro de distancia.</li> </ul> </li> <li>• <b>Lavatorios para el lavado de manos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uno por módulo. Destinados al lavado de manos, exclusivo para el personal, con medidas internas mínimas de 35 x 25 x 15 cm, con surtidor de agua en "cuello de ganso" accionado sin el uso de las manos, surtidor de jabón a pedal y dispensador de papel toalla que permita extraer el papel directamente, sin el uso de palancas, botones o similares.</li> </ul> </li> <li>• <b>Superficie de circulación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debe considerarse un mínimo de 15% adicional a la superficie total de los puestos de diálisis y estaciones de enfermería.</li> </ul> </li> <li>• <b>Estación de enfermería</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una por módulo, que permita la observación y comunicación directa con los pacientes a su cargo, con un área mínima de 4 m<sup>2</sup></li> </ul> </li> </ul>
3.	Local aislado o sala de aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El local aislado o aislamiento estructural está referido a los pacientes con serología positiva para el antígeno de superficie para el virus de hepatitis B o algún otro criterio de aislamiento prescrito por el médico especialista.</li> <li>• Cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y</li> </ul>



N°	AMBIENTE/ÁREA	CARACTERÍSTICAS
		desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.
9.	Área biocontaminada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el almacenamiento temporal de ropa biocontaminada (sábanas, frazadas, mandilones).</li> <li>• Cuenta con separación física de otras áreas.</li> <li>• Cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.</li> </ul>
10.	Cuarto biocontaminado (Almacenamiento central o final)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe tener un área mínima de 2 m<sup>2</sup> por módulo de atención y estar ubicado en un lugar no transitado por pacientes ni familiares, alejado de sala de hemodiálisis, de cebado y almacén.</li> <li>• Cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, presencia de sumidero interior, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.</li> </ul>
11.	Sala de mantenimiento de máquinas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe tener un área mínima de 4 m<sup>2</sup>, cercana a la sala de hemodiálisis.</li> <li>• Por ningún motivo se dará mantenimiento a las máquinas fuera de la sala de mantenimiento.</li> <li>• Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.</li> </ul>
12.	Sala de tratamiento de agua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contará con drenaje que permita evacuar fugas de agua, techos, paredes, pisos y puertas revestidas o pintadas de material que asegure su impermeabilidad y permita una adecuada limpieza y desinfección.</li> <li>• Debe estar alejada de cualquier zona contaminada.</li> <li>• Debe contar con abastecimiento de agua potable, sistema de alcantarillado, desagüe de la red pública.</li> </ul>
13.	Almacén para materiales, insumos y dispositivos médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el almacenamiento de materiales, insumos y dispositivos médicos, contando con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debe tener 6 m<sup>2</sup> por módulo como mínimo</li> <li>- Cuenta con un área para materiales, insumos y dispositivos médicos contaminados, adulterados, falsificados, alterados, expirados, en mal estado de conservación y otras observaciones sanitarias.</li> <li>- Las zonas adyacentes al almacén se mantienen limpias.</li> <li>- Se encuentra debidamente identificado</li> <li>- Cuenta con estantes y/o racks y/o anaqueles y/o parihuela y se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>- La superficie de los pisos, paredes y techos son lisas y facilitan la limpieza y desinfección; se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>- Las ventanas y otros, se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>- Cuenta con rótulos que restringen el acceso al almacén solo a personas autorizadas.</li> </ul> </li> </ul>

N°	AMBIENTE/ÁREA	CARACTERÍSTICAS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con rótulos que prohíben comer, beber y fumar dentro del almacén.</li> <li>- Cuenta con instalaciones eléctricas en buenas condiciones.</li> <li>- Cuenta con aire de acondicionamiento y/o equipo de extracción de aire.</li> <li>- Los materiales, insumos y dispositivos médicos deben estar ordenados e identificados y ubicados en tarimas y/o estantes y/o racks y/o anaqueles y/o parihuela que son de material de plástico, madera o metal (no deben colocarse directamente en el piso).</li> <li>- Los anaqueles y/o parihuelas, mantienen distancia con la pared, facilitando el manejo de los materiales, insumos y dispositivos médicos y permite realizar la limpieza.</li> <li>- Cuenta con extintores y con carga vigente; cuenta con acceso despejado a los extintores.</li> <li>- Cuenta con detectores de humo.</li> <li>- Cuenta con indicador de temperatura.</li> </ul>
14.	Almacén de productos farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe garantizar la conservación y almacenamiento de productos farmacéuticos, contando con las siguientes características:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con un área para productos farmacéuticos contaminados, adulterados, falsificados, alterados, expirados, en mal estado de conservación y otras observaciones sanitarias.</li> <li>- Las zonas adyacentes al almacén se mantienen limpias.</li> <li>- Se encuentra debidamente identificado</li> <li>- Cuenta con estantes y/o racks y/o anaqueles y/o parihuela y se encuentran en buen estado conservación e higiene.</li> <li>- La superficie de los pisos, paredes y techos son lisas y facilitan la limpieza y desinfección; se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>- Las ventanas y otros, se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>- Cuenta con rótulos que restringen el acceso al almacén solo a personas autorizadas.</li> <li>- Cuenta con rótulos que prohíben comer, beber y fumar dentro del almacén.</li> <li>- Cuenta con instalaciones eléctricas en buenas condiciones.</li> <li>- Cuenta con aire de acondicionamiento y/o equipo de extracción de aire.</li> <li>- Los productos farmacéuticos deben estar ordenados e identificados y ubicados en estantes y/o racks y/o anaqueles y/o parihuela (no deben colocarse directamente en el piso).</li> <li>- Los anaqueles y/o parihuelas, mantienen distancia con la pared, facilitando el manejo de los productos farmacéuticos y permite realizar la limpieza.</li> <li>- Cuenta con extintores y con carga vigente; cuenta con acceso despejado a los extintores.</li> <li>- Cuenta con detectores de humo.</li> <li>- Cuenta con indicador de temperatura.</li> </ul> </li> </ul>
15.	Área administrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con equipamiento administrativo, soporte informático y archivo convencional.</li> </ul>

N°	AMBIENTE/ÁREA	CARACTERÍSTICAS
16.	Servicios higiénicos exclusivos para pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.</li> <li>• Con dispensador de agua y jabón, dispensador de papel toalla o secador de manos automático, equipados y operativos. Con presencia de barras de apoyo para facilitar su uso en pacientes discapacitados.</li> </ul>
17.	Servicio higiénico para el local aislado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.</li> <li>• Con dispensador de agua y jabón, dispensador de papel toalla o secador de manos automático, equipados y operativos. Con presencia de barras de apoyo para facilitar su uso en pacientes discapacitados.</li> <li>• Este servicio higiénico puede estar fuera de dicho local a una distancia que no comprometa la seguridad ni el confort del paciente.</li> <li>• El local aislado podrá estar en un piso contiguo a la sala de hemodiálisis siempre y cuando se cuente con acceso para personas con discapacidad.</li> </ul>
18.	Servicios higiénicos personal de la IPRESS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.</li> <li>• Con dispensador de jabón accionado a pedal, dispensador de papel toalla o secador de manos automático, equipados y operativos.</li> </ul>
19.	Vestuario personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con casilleros de acuerdo al número de personas que trabajan en la UPS de hemodiálisis.</li> </ul>
20.	Comedor para personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con un área específica, propia y con mobiliario necesario; para que el personal de la UPS de hemodiálisis ingiera sus alimentos en condiciones sanitarias adecuadas durante el horario de refrigerio.</li> </ul>
21.	Cuarto de limpieza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con mobiliario para almacenar los materiales utilizados para la limpieza y desinfección de la IPRESS de hemodiálisis.</li> <li>• Con la presencia de lavadero/poza.</li> <li>• Cuenta con drenaje que permita evacuar fugas de agua; delimitado por techos, paredes, pisos y puertas revestidas o pintadas de material que asegure su impermeabilidad y permita una adecuada limpieza y desinfección.</li> </ul>

- c) La IPRESS contratada debe tener autonomía operativa, es decir el inmueble destinado a brindar el servicio contratado, deberá tener exclusividad para este fin, de lo cual se desprende que, el circuito de entrada y salida del citado inmueble también debe ser independiente y de uso exclusivo del mismo, para el tránsito del personal, paciente y familiares, con accesibilidad para personas con discapacidad.
- d) La IPRESS debe ser propietaria o arrendataria del inmueble donde se encuentran los módulos de atención que brindan el servicio contratado, expresando su compromiso de no variar de ubicación durante el tiempo del contrato suscrito. En caso la IPRESS contratada desee realizar alguna modificación en el inmueble, podrá realizarlo siempre en cuando no altere la continuidad de la atención y comodidad de los pacientes.
- e) La infraestructura debe contar con accesos de ingreso y de salida adecuados para el manejo de residuos sólidos de acuerdo a normativa vigente.









10. **Profesional en mantenimiento de máquinas:** se considera los títulos profesionales de técnico en electrónica, técnico en electromecánica, técnico en mecatrónica, técnico en electrónica industrial, técnico en electrotecnia, o profesiones de Ingeniería electrónica, ingeniería biomédica o ingeniería mecatrónica; acreditar experiencia profesional mínima de seis (06) meses en el manejo y mantenimiento de equipos biomédicos y hemodiálisis (contada desde la fecha de expedición del título o desde la fecha expedición de colegiatura, de corresponder). Asimismo, debe contar con certificado o constancias de capacitación que acredite el manejo de los equipos de hemodiálisis.

11. **Personal de limpieza:** contar con certificación actualizada de conocimientos de las normas de bioseguridad y del manejo de residuos sólidos en IPRESS, con antigüedad máxima de 01 año. La certificación se refiere a las constancias de cursos y capacitaciones sobre Bioseguridad y manejo de residuos sólidos en servicios médicos de apoyo y manejo de residuos, limpieza y desinfección de áreas, ambientes, pisos, techos, mobiliario utilizados en la atención de pacientes en hemodiálisis y/o con diagnóstico de COVID-19.



Es responsabilidad del Director Médico de la IPRESS contratada asegurar la presencia y permanencia del personal, en calificación y número, para garantizar una conveniente prestación de la atención.





ANEXO N° 19  
OTRAS CONDICIONES SUJETAS A PENALIDAD

1. La IPRESS cumple con las características mínimas señaladas en el Cuadro N° 1 Equipamiento y sus características del anexo N° 17 "Recursos a ser provistos por el contratista", con relación a:
  - a) máquina de hemodiálisis
  - b) sillones/camillas de hemodiálisis (incluye local aislado)
  - c) silla de ruedas
  - d) camilla
  - e) balanza electrónica
  - f) tensiómetro
  - g) estetoscopio clínico
  - h) sistema de oxígeno de uso clínico
  - i) sistema de tratamiento de agua
  - j) conductivímetros
  - k) grupo electrógeno
  - l) extintores contra-incendios
2. La IPRESS cumple con las características mínimas señaladas en el Cuadro N° 2. Infraestructura y sus características del anexo N° 17 "Recursos a ser provistos por el contratista", con relación a:
  - a) sala de espera
  - b) sala de mantenimiento de máquinas
  - c) sala de tratamiento de agua
  - d) almacén para materiales, insumos y dispositivos médicos
  - e) almacén de productos farmacéuticos
  - f) servicios higiénicos exclusivos para pacientes
  - g) servicio higiénico para el local aislado
  - h) servicios higiénicos de personal de la IPRESS
  - i) vestuario de personal
  - j) comedor para personal.
3. La IPRESS cuenta con todos los documentos señalados en el literal a) del numeral 5. "Documentos de Gestión de la IPRESS" del anexo N° 17 "Recursos a ser provistos por el contratista".
4. La presencia y permanencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales programados en el turno de atención: Director Médico/Médico Responsable, Enfermero(a) Jefe, Licenciado (a) en Nutrición, Licenciado (a) Psicología, Licenciado(a) en Trabajo Social, Personal de limpieza.
5. Cumplimiento de la acreditación documentaria de la profesión (título profesional universitario o técnico), colegiatura profesional (cuando corresponda), experiencia profesional (según la experiencia señalada en el literal b del numeral 6 del anexo N° 17) o certificación de capacitación (cuando corresponda, según lo señalado en el literal b del numeral 6 del anexo N° 17) de uno o más de los siguientes profesionales presentes durante el turno de atención: Director Médico/Médico Responsable, Enfermero(a) Jefe, Licenciado (a) en Nutrición, Licenciado (a) Psicología, Licenciado(a) en Trabajo Social, Personal de limpieza.
6. Las historias clínicas cumplen con las siguientes características:
  - a) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia que todos los formatos de historia clínica consignan los nombres y apellidos completos del paciente y el número de historia clínica.
  - b) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia que todos los formatos de historia clínica consignan la fecha, hora, nombre (s) apellidos completos, firma, sello y número de colegiatura, registro de especialidad (de corresponder) del profesional que brinda la atención.
  - c) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia que en todos los formatos de historia clínica se registra la atención completa con letra legible y sin enmendaduras.

- d) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia la presencia de los resultados de laboratorio con firma y sello del profesional responsable del laboratorio, de acuerdo a lo prescrito por el médico especialista en nefrología.
- e) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia la presencia y el registro de: "Historia clínica inicial" (anexo N° 1) y "Consentimiento informado para tratamiento de hemodiálisis" (anexo N° 2).
- f) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia el registro de la Parte de atención médica y la Parte de atención de enfermería del "Formato de procedimiento de hemodiálisis" (anexo N° 3).
- g) En todos los "Formatos de procedimiento de hemodiálisis" (anexo N° 3) de las historias clínicas seleccionadas se evidencia la concordancia entre la prescripción en la Parte de atención médica y lo registrado en la parte de enfermería
7. Los pacientes con hepatitis B dializan en aislamiento estructural (local aislado) y con personal diferenciado.
3. La IPRESS contratada atiende a los pacientes en hemodiálisis ambulatoria con diagnóstico de COVID-19 leve en secuencias y/o turnos y/o módulo(s) exclusivos, según lo señalado en la Resolución Ministerial N° 498-2020-MINSA y sus modificatorias.









El plazo para la remisión de documentos para la conformidad de la prestación del servicio es de acuerdo a lo establecido en el reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

### 2.2.3 Lugar y plazo de prestación del servicio

#### 2.2.3.1.

NOTA N° 12:

El servicio contratado es brindado en el ámbito geográfico del distrito de Ica, Provincia de Ica, departamento de Ica.



#### 2.2.3.2

NOTA N° 13:

La IPRESS contratada deberá contar con la operatividad de todos los servicios contratados dentro del plazo de la prestación del servicio (365 días calendario), el mismo que se computa desde la fecha que se establezca en el contrato, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.



NOTA N° 14:

Se considera retraso injustificado a la entrega fuera del plazo de los documentos para la conformidad del servicio o para la subsanación de prestaciones observadas en el proceso de conformidad.



**ANEXO 15 :**

Penalidades de la Prestación del Servicio

#### ÍTEM 6

Se verifica por medio de los reportes de resultados de laboratorio del recuento mensual unidades formadoras de colonias (UFC/mL) de una muestra de líquido de diálisis o líquido de diálisis ultrapuro de dos máquinas de hemodiálisis, dichos exámenes se deben de presentar de manera mensual al comité supervisor de la RED ASISTENCIAL ICA

*Mra. Melissa Levan: P...*  
MEDICO NEFRÓLOGO

#### ITEM 7

NOTA N° 15:

Se verifica por medio de los reportes de resultados de laboratorio de la muestra de endotoxinas en agua tratada a la salida de la ósmosis inversa, al inicio del anillo de distribución, dicho reporte será solicitado mensualmente por el comité supervisor de la RED ASISTENCIAL ICA

2.3. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN:

<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>
	<b>HABILITACIÓN</b>
	<p><u>Requisitos:</u> El postor debe contar con:</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><u>Acreditación:</u> 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.</p> <p>Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.</p>
<b>B.</b>	<b>CAPACIDAD TÉCNICO PROFESIONAL</b>
<b>B1</b>	<b>EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>
	<p><u>Requisitos:</u> <b>CANTIDAD DE MAQUINAS DE HEMODIALISIS</b> La cantidad de maquinas para el servicio de Hemodiálisis será de un total de 21 maquinas, las mismas que serán distribuidas de la siguiente manera : Cinco (05) máquinas de hemodiálisis como máximo por modulo. Una (01) maquina de emergencia por cada 1 o 2 módulos. Una (01) maquina de soporte técnico (de repuesto en caso de fallas técnicas ubicada en el cuarto de maquinas) por cada 1 o 2 módulos. Una (01) maquinas de cebado y. Una (01) maquinas de hemodiálisis como mínimo en el local aislado. Así mismo la IPRESS cuenta con 03 tres módulo de atención de cinco (05) puestos de hemodiálisis el o los puestos de hemodiálisis el local aislado formara parte de los tres módulos (03).</p> <p><b>EQUIPO MINIMOS DEL SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA</b> Filtro de Sedimento o multimedia o partículas. Dos(02) ablandadores o descalcificadores (expresado como dos, doble o twin), con tanque de salmuera. Filtro de carbón activado Equipo, sistema de membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso Filtro de hasta cinco (5) micrómetros</p> <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>
<b>C.</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>
	<p><u>Requisitos</u> El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 500,000 (QUINIENTOS MIL CON 00/100 SOLES), 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. Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p><u>Acreditación</u> 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 la Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>1</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

<sup>1</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la Resolución N°0065-2018-TCE-51 del Tribunal de Contrataciones del Estado:

"... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"

(...)

"Situación diferente suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [se utilizando el término "cancelado" o "pagado"] supuesto en el cual si se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".

**CAPÍTULO IV  
FACTORES DE EVALUACIÓN**

La evaluación se realiza sobre la base de cien (100) puntos.

Para determinar la oferta con el mejor puntaje y el orden de prelación de las ofertas, se considera lo siguiente:

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<b>A. PRECIO</b>	
<p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (<b>Anexo N° 6</b>).</p>	<p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p>i= Oferta  <b>P<sub>i</sub></b>= Puntaje de la oferta a evaluar  <b>O<sub>i</sub></b>=Precio i  <b>O<sub>m</sub></b>= Precio de la oferta más baja  <b>PMP</b>=Puntaje máximo del precio</p> <p style="text-align: right;"><b>100 puntos</b></p>

**Importante**

*Los factores de evaluación elaborados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, son objetivos y guardan vinculación, razonabilidad y proporcionalidad con el objeto de la contratación. Asimismo, estos no pueden calificar con puntaje el cumplimiento de los Términos de Referencia ni los requisitos de calificación.*

## CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

### Importante

*Dependiendo del objeto del contrato, de resultar indispensable, puede incluirse cláusulas adicionales o la adecuación de las propuestas en el presente documento, las que en ningún caso pueden contemplar disposiciones contrarias a la normativa vigente ni a lo señalado en este capítulo.*

Conste por el presente documento, la contratación del servicio de ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADÍO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RED ASISTENCIAL ICA que celebra de una parte SEGURO SOCIAL DE SALUD, en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° 20131257750, con domicilio legal en AV. DOMINGO CUETO NRO. 120 LIMA- LIMA- JESUS MARIA representada por [.....], identificado con DNI N° [.....], y de otra parte [.....], con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], inscrita en la Ficha N° [.....] Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], debidamente representado por su Representante Legal, [.....], con DNI N° [.....], según poder inscrito en la Ficha N° [.....], Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], a quien en adelante se le denominará EL CONTRATISTA en los términos y condiciones siguientes:

### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

Con fecha [.....], el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, adjudicó la buena pro de la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° AS-HOMOLOGACIÓN-SM-2-2024-ESSALUD/RAICA-1** para la contratación de SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADÍO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RED ASISTENCIAL ICA, a [INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO], cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

El presente contrato tiene por objeto LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADÍO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RED ASISTENCIAL ICA.

### **CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL**

El monto total del presente contrato asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

Este monto comprende el costo del servicio, todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre la ejecución del servicio materia del presente contrato.

### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>12</sup>**

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en [INDICAR MONEDA], en PAGOS PERIÓDICOS, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los siete (7) días de producida la recepción, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad de dicho funcionario.

<sup>12</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

#### **CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde LA FECHA QUE SE ESTABLECE EN EL CONTRATO.

#### **CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO**

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS**

EL CONTRATISTA entregó al perfeccionamiento del contrato la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

- De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]. Monto que es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación.

##### **Importante**

*Al amparo de lo dispuesto en el numeral 149.4 del artículo 149 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en el caso de contratos periódicos de prestación de servicios en general, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original como garantía de fiel cumplimiento de contrato, debe consignarse lo siguiente:*

*“De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo.”*

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE], la misma que debe mantenerse vigente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

##### **Importante**

*Al amparo de lo dispuesto en el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesorias como garantía de fiel cumplimiento de prestaciones accesorias, debe consignarse lo siguiente:*

*“De fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo.”*



El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **Importante**

*De haberse previsto establecer penalidades distintas a la penalidad por mora, incluir dichas penalidades, los supuestos de aplicación de penalidad, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, conforme el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.*

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento. Estos dos (2) tipos de penalidades pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse. Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 32.3 del artículo 32 y artículo 36 de la Ley de Contrataciones del Estado, y el artículo 164 de su Reglamento. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES**

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN**

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato. Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, EL CONTRATISTA se compromete a i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

Finalmente, EL CONTRATISTA se compromete a no colocar a los funcionarios públicos con los que deba interactuar, en situaciones reñidas con la ética. En tal sentido, reconoce y acepta la prohibición de ofrecerles a éstos cualquier tipo de obsequio, donación, beneficio y/o gratificación, ya sea de bienes o servicios, cualquiera sea la finalidad con la que se lo haga.



## ANEXOS

## ANEXO N° 1

### DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

#### COMITÉ DE SELECCIÓN

#### ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° AS-HOMOLOGACIÓN-SM-2-2024-ESSALUD/RAICA-1

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE <sup>15</sup>		Sí		No	
Correo electrónico :					

#### Autorización de notificación por correo electrónico:

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios<sup>16</sup>

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda**

#### Importante

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*

<sup>15</sup> Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

<sup>16</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

Importante

Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° AS- HOMOLOGACIÓN- SM-2-2024-ESSALUD/RAICA-1**

Presente.-

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Datos del consorciado 1			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE <sup>17</sup>	Sí		No
Correo electrónico :			

Datos del consorciado 2			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE <sup>18</sup>	Sí		No
Correo electrónico :			

Datos del consorciado ...			
Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE <sup>19</sup>	Sí		No
Correo electrónico :			

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico del consorcio:

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.

<sup>17</sup> En los contratos periódicos de prestación de servicios, esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el consorcio ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dichos efectos, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

<sup>18</sup> Ibidem.

<sup>19</sup> Ibidem.

2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
6. Notificación de la orden de servicios<sup>20</sup>

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del representante  
común del consorcio**

**Importante**

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*

---

<sup>20</sup> Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

## ANEXO Nº 2

### DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº AS- HOMOLOGACIÓN- SM-2-2024-ESSALUD/RAICA-1**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo Nº 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal, según corresponda**

#### **Importante**

*En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.*

### ANEXO Nº 3

#### DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº AS- HOMOLOGACIÓN- SM-2-2024-ESSALUD/RAICA-1**

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las bases y demás documentos del procedimiento de la referencia y, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el servicio de ATENCIÓN AMBULATORIA CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADÍO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA EL HOSPITAL IV AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RED ASISTENCIAL ICA DE ESSALUD, de conformidad con los Términos de Referencia que se indican en el numeral 3.1 del Capítulo III de la sección específica de las bases y los documentos del procedimiento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

#### **Importante**

*Adicionalmente, puede requerirse la presentación de documentación que acredite el cumplimiento de los términos de referencia, conforme a lo indicado en el acápite relacionado al contenido de las ofertas de la presente sección de las bases.*

**ANEXO Nº 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº AS- HOMOLOGACIÓN- SM-2-2024-ESSALUD/RAICA-1**

Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a prestar el servicio objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

## ANEXO Nº 5

### PROMESA DE CONSORCIO (Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores

#### COMITÉ DE SELECCIÓN

#### ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº AS-HOMOLOGACIÓN-SM-2-2024-ESSALUD/RAICA-1

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº AS-HOMOLOGACIÓN-SM-2-2024-ESSALUD/RAICA1**

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

a) Integrantes del consorcio

1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].

b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] Nº [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

Asimismo, declaramos que el representante común del consorcio no se encuentra impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado.

c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....].

d) Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son las siguientes:

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]<sup>21</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]<sup>22</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%<sup>23</sup>

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

<sup>21</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>22</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>23</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

.....  
**Consociado 1**  
Nombres, apellidos y firma del Consociado 1  
o de su Representante Legal  
Tipo y N° de Documento de Identidad

.....  
**Consociado 2**  
Nombres, apellidos y firma del Consociado 2  
o de su Representante Legal  
Tipo y N° de Documento de Identidad

**Importante**

*De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.*

## ANEXO Nº 6

### PRECIO DE LA OFERTA

Señores

#### COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº AS-HOMOLOGACIÓN-SM-2-2024-ESSALUD/RAICA-1

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>			

El precio de la oferta SOLES incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

#### Importante

- *En caso que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 68 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.*
- *El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

*"Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]"*.

#### Importante para la Entidad

- *En caso de procedimientos según relación de ítems, consignar lo siguiente:  
"El postor puede presentar el precio de su oferta en un solo documento o documentos independientes, en los ítems que se presente".*

*Incluir o eliminar, según corresponda*

## ANEXO Nº 8

### EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº AS-HOMOLOGACIÓN-SM-ESSALUD/RAICA-1**  
Presente.-

Mediante el presente, el suscrito detalla la siguiente EXPERIENCIA EN LA ESPECIALIDAD:

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>24</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>25</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>26</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>27</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>28</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>29</sup>
1										
2										
3										
4										

<sup>24</sup> Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>25</sup> Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

<sup>26</sup> 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. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN "Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz". Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, "... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe".

<sup>27</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>28</sup> El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>29</sup> Consignar en la moneda establecida en las bases.

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>24</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>25</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>26</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>27</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>28</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>29</sup>
5										
6										
7										
8										
9										
10										
...										
20										
<b>TOTAL</b>										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda

**ANEXO N° 9**  
**DECLARACIÓN JURADA**  
**(NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° AS-HOMOLOGACIÓN-SM-2-ESSALUD/RAICA-1**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que la experiencia que acredito de la empresa [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA] como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 49.4 del artículo 49 del Reglamento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal, según corresponda**

**Importante**

*A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con Sanción Vigente en <http://portal.osce.gob.pe/rmp/content/relación-de-proveedores-sancionados>.*

*También le asiste dicha facultad al órgano encargado de las contrataciones o al órgano de la Entidad al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.*

## ANEXO Nº 11

### SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DEL CINCO POR CIENTO (5%) POR TENER LA CONDICIÓN DE MICRO Y PEQUEÑA EMPRESA

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº AS-HOMOLOGACIÓN-SM-2-2024-ESALUD/RAICA-1**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], solicito la asignación de la bonificación del cinco por ciento (5%) sobre el puntaje total obtenido, debido a que mi representada cuenta con la condición de micro y pequeña empresa.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal o común, según corresponda**

#### **Importante**

- *Para asignar la bonificación, el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, verifica la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/>.*
- *Para que un consorcio pueda acceder a la bonificación, cada uno de sus integrantes debe cumplir con la condición de micro y pequeña empresa.*

**ANEXO Nº 12**

**AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN DE LA ENTIDAD SOBRE LA SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE PLAZO MEDIANTE MEDIOS ELECTRÓNICOS DE COMUNICACIÓN**

**(DOCUMENTO A PRESENTAR EN EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA Nº AS-HOMOLOGACIÓN-SM-2-ESSALUD/RAICA-1**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor adjudicado y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] Nº [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], autorizo que durante la ejecución del contrato se me notifique al correo electrónico [INDICAR EL CORREO ELECTRÓNICO] lo siguiente:

- ✓ Notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal o común, según corresponda**

**Importante**

*La notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo se efectúa por medios electrónicos de comunicación, siempre que se cuente con la autorización correspondiente y sea posible obtener un acuse de recibo a través del mecanismo utilizado.*



ANEXO Nº 13

**“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”.**

**“COMPROMISO DE INTEGRIDAD DE LOS PROVEEDORES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD”.**

La Persona Natural sin Negocio, ....., identificada con  
**RUC Nº** ....., en el procedimiento de contratación denominado  
“.....  
..... de la Red Asistencial Ica de Essalud”, asume el **COMPROMISO** siguiente:

- 1) **ALINEAR** sus conductas y políticas a lo contemplado en la Política Nacional de Integridad y Lucha contra la Corrupción, aprobada mediante Decreto Supremo Nº 092-2017-PCM, así como – en lo que aplicable-a las acciones y actividades Programada de Integridad y Lucha contra la Corrupción del Seguro Social de Salud – ESSALUD 2022, aprobado por Resolución de Gerencia General Nº 758-GG-ESSALUD-2022.
- 2) **ACTUAR** de manera honesta, proba y transparente, en el marco de la provisión del servicio que motiva el presente Compromiso.
- 3) **ASEGURAR** la no existencia de cualquier tipo de conflicto de interés. De emerger cualquier respecto de la existencia de un conflicto de interés, **INFORMAR** de manera inmediata al Órgano Encargado de las Contrataciones a cargo del proceso de selección, así como a la Oficina de Integridad de ESSALUD para la adopción de medidas preventivas y/o correctivas que correspondan.
- 4) **CUMPLIR** con lo mencionado en la Política de Regalos, a fin de que asegure la no oferta ni entrega de regalos, dádivas, reconocimientos, beneficios, incentivos, almuerzos y/o viajes a cualquier servidor o funcionario público de ESSALUD.
- 5) **CUMPLIR** escrupulosamente las reglas de libre competencia, **ASEGURANDO** el manejo confidencial de la información a la que tenga acceso en razón de la provisión del servicio que motiva el presente Compromiso.
- 6) **DENUNCIAR** cualquier acto de corrupción o contrario a la ética del cual tenga conocimiento en el marco de su actuación comercial con ESSALUD, ante la Oficina de Integridad Institucional de ESSALUD.

Con la suscripción del presente documento, comprendo que el “*Compromiso de Integridad de los Proveedores del Seguro Social de Salud - ESSALUD*”, constituye un pacto voluntario orientado a fortalecer la buena marcha y ética de los negocios entre el sector público y privado.

En la ciudad de Ica, a los **xx** días del mes de **xxxxxxx** del año 2024.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRES** .....  
**RUC Nº** .....