

FORMATO N° 13

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

1 NÚMERO DE ACTA

001-2023-IN/SALUDPOL-AS05-2023-F13

2 SOBRE LA INFORMACIÓN GENERAL

En, Chorrillos, a los 25 días del mes de mayo del año 2023, en el local del FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU - SALUDPOL, a las 11:20 horas, se reunieron los integrantes del COMITÉ DE SELECCION designados mediante FORMATO N°04, encargado de la preparación, conducción y realización del procedimiento de selección de Adjudicación Simplificada N° 05-2023-IN/SALUDPOL, cuyo objeto de convocatoria es la contratación del SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA LOS PACIENTES BENEFICIARIOS DE SALUDPOL EN LA LIBERTAD a fin de efectuar la ADMISIÓN, EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS presentadas y CALIFICACIÓN de la oferta correspondiente según orden de prelación.

3 SOBRE EL QUORUM Y LOS MIEMBROS PARTICIPANTES DE LA SESIÓN (DE CORRESPONDER)

El quorum necesario que exige la normativa de contrataciones del Estado, se logró con la presencia de los siguientes miembros:

Presidente	LUIS FERNANDO SIPION ÑAHUE	Titular	X	Dependencia:	Unidad de Logística y Patrimonio
		Suplente			
Primer Miembro	JULIO CESAR VELA HUARISMA	Titular	X	Dependencia:	Unidad de Logística y Patrimonio
		Suplente			
Segundo Miembro	JOSE SANTIAGO HUARIPATA CARMONA	Titular	X	Dependencia:	Dirección de Financiamiento y Planes de Salud
		Suplente			

4 DETALLE DE LOS PARTICIPANTES

De acuerdo con el cronograma establecido, se registraron a través del SEACE como participantes los siguientes proveedores:

N°	Nombre o razón social del participante	RUC
1	NEFRO CENTRO CHOCOPE S.A.C	20602829619

5 DETALLE DE LOS POSTORES

En el día y horario señalado en las bases, los siguientes postores presentaron a través del SEACE sus ofertas:

N°	Nombre o razón social del postor	Fecha de presentación	Hora de presentación
1	NEFRO CENTRO CHOCOPE S.A.C	16/05/2023	19:12:29

6 Acto seguido, se procede con la revisión de las ofertas, a fin de verificar la presentación de los documentos requeridos y determinar si las ofertas responden a las características y/o requisitos y condiciones de los Términos de Referencia previstos en las bases.

7 DETALLE DE LAS OFERTAS QUE NO FUERON ADMITIDAS

De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas no se admiten, por lo que no se les aplicará los factores de evaluación:

N°	Nombre o razón social del postor	Consignar las razones para su no admisión
1	NO CORRESPONDE	

8 DETALLE DE LAS OFERTAS QUE FUERON ADMITIDAS Y QUE PASAN A EVALUACIÓN

De acuerdo con la revisión efectuada, las siguientes ofertas fueron admitidas por lo que se procederá con su evaluación:

Nota: La admisión de las ofertas se detalla en el cuadro de Admisión de las Ofertas, según Anexo 1 que forma parte de la presente Acta.

N°	Nombre o razón social del postor	Item(s) a los que postula
1	NEFRO CENTRO CHOCOPE S.A.C	Único



**FORMATO N° 13**

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

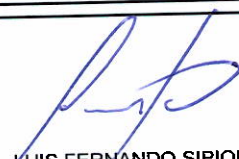
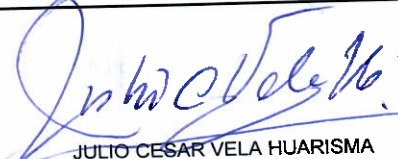
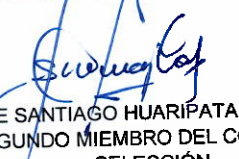
<b>9</b>	<b>EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS</b>		
<b>9.1</b>	<b>DETALLE DEL PRECIO DE LA OFERTA</b>		
<b>N°</b>	<b>Nombre o razón social del postor</b>	<b>Precio de su oferta</b>	<b>% del valor estimado</b>
1	NEFRO CENTRO CHOCOPE S.A.C	S/ 1,497,600.00	97.26%
<b>9.2</b>	<b>DETALLE DE LA EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS EN CONCORDANCIA CON LOS FACTORES DE EVALUACIÓN ESTABLECIDOS EN LAS BASES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN</b>		
	La evaluación de las ofertas se detalla en el cuadro de Evaluación de Ofertas, según Anexo 2 que forma parte de la presente Acta.		

<b>10</b>	<b>RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN</b>		
De acuerdo a la evaluación realizada, el orden de prelación es el siguiente:			
<b>N° DE ORDEN DE PRELACIÓN</b>	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR</b>	<b>PUNTAJE TOTAL</b>	
1	NEFRO CENTRO CHOCOPE S.A.C	100	
Nota.- En caso de empate consignar la aplicación del criterio de desempate adoptado para establecer el orden de prelación.			

<b>11</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>			
Luego de culminada la evaluación, el COMITÉ DE SELECCIÓN determinó si el UNICO postor que presento su oferta, cumple con los requisitos de calificación detallados en las bases:				
<b>12.1</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL POSTOR N° 1</b>	<b>NEFRO CENTRO CHOCOPE S.A.C</b>		
	<b>REQUISITOS DE CALIFICACIÓN</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	
	<b>A</b> <b>CAPACIDAD LEGAL</b>			
	A.1 <b>HABILITACIÓN</b>	X		
	<b>B</b> <b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>			
	B.1 <b>EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	X		
	<b>C</b> <b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>	X		
	<b>RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN</b>	<b>CALIFICADO</b>		
<b>12.3</b>	<b>DETALLE DE LA CALIFICACIÓN DE LAS OFERTAS</b>			
	La calificación de las ofertas se detalla en el cuadro de Calificación, según Anexo 03 que forma parte de la presente Acta.			

<b>12</b>	<b>RESULTADOS DE LA CALIFICACIÓN</b>	
De acuerdo a la calificación realizada, del UNICO postor que presento su oferta, este cumple los requisitos de calificación establecidos en las bases:		
<b>N°</b>	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL POSTOR GANADOR</b>	
1	NEFRO CENTRO CHOCOPE S.A.C	

<b>13</b>	<b>ACUERDO ADOPTADO</b>
Los integrantes del COMITÉ DE SELECCIÓN, por UNANIMIDAD, dan por aprobados los resultados de la evaluación de la oferta y calificación, de acuerdo con el análisis efectuado y los cuadros de Evaluación de Ofertas y Calificación adjuntos que forman parte del Acta.	

<b>14</b>	 LUIS FERNANDO SIPION ÑAHUE PRESIDENTE DEL COMITÉ DE SELECCIÓN	 JULIO CESAR VELA HUARISMA PRIMER MIEMBRO DEL COMITÉ DE SELECCIÓN	 JOSE SANTIAGO HUARIPATA CARMONA SEGUNDO MIEMBRO DEL COMITÉ DE SELECCIÓN
<b>NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE SELECCIÓN O DEL ÓRGANO ENCARGADO DE LAS CONTRATACIONES</b>			

## ANEXO N° 01

### FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ - SALUDPOL ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA- HOMOLOGACIÓN N° 05-2023-IN/SALUDPOL ADMISIÓN DE LAS OFERTAS

POSTORES	a) Declaración Jurada de Datos del Postor. (Anexo N° 01)	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 suscribe la promesa de consorcio, según corresponda.	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	e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. (Anexo N° 4)	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.	RESULTADO
NEFRO CENTRO CHOCOPÉ S.A.C	PRESENTÓ FOLIO 4	PRESENTÓ FOLIO 6-12	PRESENTÓ FOLIO 14	PRESENTÓ FOLIO 16	PRESENTÓ FOLIO 18	NO CORRESPONDE	PRESENTÓ FOLIO 20	ADMITIDO

## ANEXO N° 02

### FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ - SALUDPOL ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA- HOMOLOGACIÓN N° 05-2023-IN/SALUDPOL FACTORES DE EVALUACIÓN

POSTORES	PRECIO  Evaluación: Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.  Acreditación: Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6).	PUNTAJE FACTOR PRECIO	MYPE	BONIFICACIÓN (5%)	PUNTAJE TOTAL	MERITOS
NEFRO CENTRO CHOCOPÉ S.A.C	S/  1,497,600.00	100	NO APLICA	0	100	1



## ANEXO N° 03

### FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ - SALUDPOL ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA- HOMOLOGACIÓN N° 05-2023-IN/SALUDPOL REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

POSTORES					NEFRO CENTRO CHOCOPE S.A.C								
CAPACIDAD LEGAL (HABILITACIÓN)	<b>Requisitos:</b> El postor debe contar con: • Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo <b>Acreditación:</b> • Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimiento de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes.				ACREDITA (FOLIO 24 - 27)								
	<b>Requisitos:</b> • Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD. <b>Acreditación:</b> • Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.				ACREDITA (FOLIO 29- 31)								
CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL (EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO)	<b>Requisitos:</b> El postor debe contar con: • Cantidad de máquinas de hemodiálisis: El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:				ACREDITA (FOLIO 34- 42)								
	<table><thead><tr><th>Descripción del servicio</th><th>Cantidad de pacientes mensual</th><th>Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)</th><th>Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)</th><th>Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes</th></tr></thead><tbody><tr><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis para los pacientes beneficiarios de SALUDPOL en La Libertad</td><td>15</td><td>2</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>6</td></tr></tbody></table> <p>a) Una máquina de hemodiálisis solo puede atender un paciente por turno, en una secuencia. Considerando que exista cuatro turnos de atención (mayor demanda) en dos secuencias, el máximo de pacientes atendidos por una máquina es de ocho (08).</p> <p>b) En caso el postor presente su oferta a más de un ítem, deberá presentar su oferta respetando la capacidad de atención a pacientes, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 845-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis", considerando que la cantidad de máquinas que debe contar la IPRESS es el siguiente: hasta cinco (05) máquinas de hemodiálisis por módulo (la IPRESS debe contar con 3 módulos de atención como máximo), una (01) máquina de emergencia por cada 1 ó 2 módulos, una (01) máquina de soporte técnico por cada 1 ó 2 módulos, una (01) máquina de cebado y una (01) máquina en el local aislado. Asimismo, si la IPRESS cuenta con tres (03) módulos de atención de cinco (05) puestos de hemodiálisis, el o los puestos de hemodiálisis en el local aislado formaran parte de los tres (03) módulos.</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.					Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis para los pacientes beneficiarios de SALUDPOL en La Libertad	15	2
Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes									
Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis para los pacientes beneficiarios de SALUDPOL en La Libertad	15	2	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	6									
	• Equipos mínimos del sistema de tratamiento de agua: - Filtro de sedimentos 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 o membranas de ósmosis inversa, de paso simple o doble paso - Filtro de hasta cinco (5) micrómetros <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.				ACREDITA (FOLIO 44- 49)								
EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD	<b>Requisitos:</b> El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/500,000.00 (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. <b>Acreditación:</b> La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (I) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (II) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.				ACREDITA (FOLIO 51- 71)								