

# REPORTE DE EVALUACIÓN TÉCNICA

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Entidad convocante :     | FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD  |
| Nomenclatura :           | AS-Homologacion-SM-23-2024-SIS-FISSAL-4  |
| Nro. de convocatoria :   | 4  |
| Objeto de contratación : | Servicio   |
| Descripción del objeto : | CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN EL DEPARTAMENTO DE UCAYALI |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Nro. Item :           | 1   |
| Descripción del Item: | SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 |

| Postor   | Estado de registro de propuesta | Estado de admisión | Puntaje técnico | Estado de calificación |
|--|---------------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO DEL ORIENTE S.A.C. | Valido                          | Admitida           | 100.0           | Calificada             |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Nro. Item :           | 2   |
| Descripción del Item: | SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 |

| Postor   | Estado de registro de propuesta | Estado de admisión | Puntaje técnico | Estado de calificación |
|--|---------------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO DEL ORIENTE S.A.C. | Valido                          | Admitida           | 100.0           | Calificada             |

Entidad convocante : FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD

Nomenclatura : AS-Homologacion-SM-23-2024-SIS-FISSAL-4

Nro. de convocatoria : 4

Objeto de contratación : Servicio

Descripción del objeto : CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN EL DEPARTAMENTO DE UCAYALI

Nro. Item : 3

Descripción del Item: SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5

| Postor | Estado de registro de propuesta | Estado de admisión | Puntaje técnico | Estado de calificación |
|--------|---------------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|
|--------|---------------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|

|  |        |          |       |            |
|--|--------|----------|-------|------------|
| CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO DEL ORIENTE S.A.C. | Valido | Admitida | 100.0 | Calificada |
|--|--------|----------|-------|------------|