

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda
Convocatoria

“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN EL DEPARTAMENTO DE LAMBAYAQUE”

En el distrito de San Isidro, departamento de Lima, siendo las 13:50 horas del día 19 de abril del 2023, se reúnen los miembros del Comité de Selección – encargados de conducir el procedimiento en mención: Fred Michael Quiñones Landeo (Presidente – Titular), Erika Luz Salinas Vásquez (Primer Miembro – Titular) y Erick Alejandro Chávez Quiroz (Segundo Miembro – Titular), a efectos de continuar con el proceso de evaluación de las ofertas presentadas al Procedimiento de Selección **“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN DEPARTAMENTO DE LAMBAYAQUE”**.

En virtud de lo expuesto, con fecha 18 de abril del 2023 - según calendario registrado en el SEACE - se llevó a cabo el Acto de presentación de ofertas (vía electrónica):

ÍTEM	POSTOR	RUC
1	DIALI MEDIC-PERU S.A.C.	20602902731
	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. - SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.	20608966031
	CONSORCIO DEL PACIFICO	20601042151
2	INSTITUTO NEFROUROLOGICO DEL NORTE S.A.C	20509854239
	Consortio CID	20395254376
	CONSORCIO NEPHRO MEDICAL CHICLAYO S.A.C. - NPHRO CARE S.A.C.	20604212821
	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. - SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.	20601080428
3	INSTITUTO NEFROUROLOGICO DEL NORTE S.A.C	20509854239
	INSTITUTO DEL RIÑÓN DE CHICLAYO S.A.C.	20479758167
	CONSORCIO NEPHRO MEDICAL CHICLAYO S.A.C. - NPHRO CARE S.A.C.	20604212821
	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. - SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.	20608966031
	CONSORCIO DEL PACIFICO	20601042151
4	INSTITUTO NEFROUROLOGICO DEL NORTE S.A.C	20509854239
	NEFRO CARE PERU S.A.C.	20600475003
	CONSORCIO NEPHRO MEDICAL CHICLAYO S.A.C. - NPHRO CARE S.A.C.	20604212821
	CENTRO DEL RIÑÓN DEL NORTE SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20561197874
	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. - SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.	20608966031
5	INSTITUTO NEFROUROLOGICO DEL NORTE S.A.C	20509854239
	CONSORCIO NEPHRO MEDICAL CHICLAYO S.A.C. - NPHRO CARE S.A.C.	20604212821
	CENTRO DEL RIÑÓN DEL NORTE SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20561197874
	CONSORCIO DEL PACIFICO	20601042151

I. ADMISIÓN DE OFERTAS:

Se advierte que el CONSORCIO DEL PACIFICO en la oferta presentada para los ítems 1, 3 y 5 no se encuentran foliadas, al respecto, el Comité estima pertinente traer a colación lo establecido en el numeral 60.1 y en el literal b) del numeral 60.2 del Art. 60° del Reglamento, respecto a subsanación de ofertas, el cual refiere lo siguiente:

“60.1 Durante el desarrollo de la admisión, evaluación y calificación, el órgano a cargo del procedimiento solicita, a cualquier postor que subsane alguna omisión o corrija algún error material o formal de los documentos presentados, siempre que no alteren el contenido esencial de la oferta.

60.2 Son subsanables, entre otros, los siguientes errores materiales o formales:

a) La nomenclatura del procedimiento de selección y falta de firma o foliatura del postor o su representante” (Énfasis agregado).

En razón a ello, el Comité otorga el plazo no mayor de un día hábil al **CONSORCIO DEL PACIFICO**, a fin de que regularice la forma de presentación de la oferta según se establece en las Bases del Procedimiento

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda
Convocatoria

En consecuencia, con fecha 25 de abril de 2023, el CONSORCIO DEL PACIFICO cumple con subsanar las observaciones identificadas en su oferta.

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

“73.2 Para la admisión de las ofertas, el comité de selección verifica la presentación de lo exigido en los literales a), b), c), e) y f) del artículo 52 y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos funcionales y condiciones de las especificaciones técnicas especificadas en las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida”
(Énfasis agregado)

Se realizó la siguiente revisión:



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

REQUISITOS	POSTOR	ÍTEM 1	ÍTEM 2	ÍTEM 3	ÍTEM 4	ÍTEM 4	ÍTEM 5	ÍTEM 2	ÍTEM 1	ÍTEM 2	ÍTEM 5
		CONSORCIO CENTRO DE HEMODIÁLISIS CHICLAYO SAC Y SAN FRANCISCO INVERSIONES MÉDICAS SAC				CENTRO DEL RIÑÓN DEL NORTE SAC		CONSORCIO CID	CONSORCIO DEL PACIFICO		
a)	Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
b)	Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
c)	Declaración Jurada de acuerdo con el literal b) del Art. 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 las Bases (Anexo N° 3)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
e)	Declaración Jurada de plazo de prestación del servicio (Anexo N° 4)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
f)	Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso. (Anexo N° 5)	✓	✓	✓	✓	NO APLICA	NO APLICA	✓	✓	✓	✓
g)	El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 06	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CONDICIÓN		ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

REQUISITOS	POSTOR	ÍTEM 2	ÍTEM 3	ÍTEM 4	ÍTEM 5	ÍTEM 1	ÍTEM 3	ÍTEM 4	ÍTEM 2	ÍTEM 3	ÍTEM 4	ÍTEM 5
		CONSORCIO NEPHRO MEDICAL CHICLAYO S.A.C. - Nephro CARE				DIALI MEDIC-PERU S.A.C.	INSTITUTO DEL RIÑÓN DE CHICLAYO S.A.C.	NEFRO CARE PERU S.A.C.	INSTITUTO NEFROUROLOGICO DEL NORTE S.A.C			
a)	Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
b)	Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
c)	Declaración Jurada de acuerdo con el literal b) del Art. 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 las Bases (Anexo N° 3)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
e)	Declaración Jurada de plazo de prestación del servicio (Anexo N° 4)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
f)	Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso. (Anexo N° 5)	✓	✓	✓	✓	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
g)	El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 06	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CONDICIÓN		ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA	ADMITIDA



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

Por otra parte, se indica que las ofertas presentadas al procedimiento han cumplido con acreditar fehaciente y objetivamente la presentación de los documentos solicitados en el numeral 2.2.1.1 del capítulo II de la sección específica de las bases del procedimiento de selección

II. EVALUACIÓN DE OFERTA ADMITIDA:

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

ÍTEM	CANTIDAD DE PACIENTES MENSUAL	CANTIDAD	POSTOR	FACTORES DE EVALUACIÓN								
				PRECIO (S/)			SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		INTEGRIDAD EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA		PUNTAJE TOTAL	ORDEN DE PRELACIÓN
				COSTO UNITARIO OFERTADO	COSTO TOTAL OFERTADO	PUNTAJE (MAX 93)	PRESENTA	PUNTAJE (MAX 05)	PRESENTA	PUNTAJE (MAX 02)		
1	30	7020	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIÁLISIS CHICLAYO SAC Y SAN FRANCISCO INVERSIONES MÉDICAS SAC	249.90	1,754,298.00	93.00	NO	0.00	NO	0.00	93.00	1
	30	7020	CONSORCIO PACÍFICO	265.00	1,860,300.00	87.70	NO	0.00	NO	0.00	87.70	3
	30	7020	DIALI MEDIC-PERU S.A.C.	264.76	1,858,615.20	87.78	NO	0.00	NO	0.00	87.78	2
2	30	7020	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIÁLISIS CHICLAYO SAC Y SAN FRANCISCO INVERSIONES MÉDICAS SAC	249.90	1,754,298.00	93.00	NO	0.00	NO	0.00	93.00	1
	30	7020	CONSORCIO CID	261.80	1,837,836.00	88.77	NO	0.00	NO	0.00	88.77	2
	30	7020	CONSORCIO NEPHRO MEDICAL CHICLAYO SAC– NPHRO CARE SAC	289.50	2,032,290.00	80.28	NO	0.00	NO	0.00	80.28	4
	30	7020	INSTITUTO NEFROUROLÓGICO DEL NORTE SAC	279.00	1,958,580.00	83.30	NO	0.00	NO	0.00	83.30	3
3	30	7020	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIÁLISIS CHICLAYO SAC Y SAN FRANCISCO INVERSIONES MÉDICAS SAC	249.90	1,754,298.00	93.00	NO	0.00	NO	0.00	93.00	1
	30	7020	CONSORCIO PACÍFICO	265.00	1,860,300.00	87.70	NO	0.00	NO	0.00	87.70	2
	30	7020	CONSORCIO NEPHRO MEDICAL CHICLAYO SAC– NPHRO CARE SAC	289.50	2,032,290.00	80.28	NO	0.00	NO	0.00	80.28	5
	30	7020	INSTITUTO NEFROUROLÓGICO DEL NORTE SAC	279.00	1,958,580.00	83.30	NO	0.00	NO	0.00	83.30	4
	30	7020	INSTITUTO DEL RIÑON DE CHICLAYO S.A.C.	276.80	1,943,136.00	83.96	NO	0.00	NO	0.00	83.96	3
4	30	7020	CENTRO DEL RIÑON DEL NORTE SOCIEDAD ANÓNIMA CERRADA	275.00	1,930,500.00	84.51	NO	0.00	NO	0.00	84.51	3
	30	7020	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIÁLISIS CHICLAYO SAC Y SAN FRANCISCO INVERSIONES MÉDICAS SAC	249.90	1,754,298.00	93.00	NO	0.00	NO	0.00	93.00	1
	30	7020	CONSORCIO NEPHRO MEDICAL CHICLAYO SAC– NPHRO CARE SAC	289.50	2,032,290.00	80.28	NO	0.00	NO	0.00	80.28	5

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

	30	7020	NEFRO CARE SAC	261.80	1,837,836.00	88.77	NO	0.00	NO	0.00	88.77	2
	30	7020	INSTITUTO NEFROUROLÓGICO DEL NORTE SAC	279.00	1,958,580.00	83.30	NO	0.00	NO	0.00	83.30	4
5	30	7020	CENTRO DEL RIÑÓN DEL NORTE SOCIEDAD ANÓNIMA CERRADA	275.00	1,930,500.00	89.62	NO	0.00	NO	0.00	89.62	2
	30	7020	CONSORCIO DEL PACIFICO	265.00	1,860,300.00	93.00	NO	0.00	NO	0.00	93.00	1
	30	7020	CONSORCIO NEPHRO MEDICAL CHICLAYO SAC- NPHRO CARE SAC	289.50	2,032,290.00	85.13	NO	0.00	NO	0.00	85.13	4
	30	7020	INSTITUTO NEFROUROLÓGICO DEL NORTE SAC	279.00	1,958,580.00	88.33	NO	0.00	NO	0.00	88.33	3

III. CALIFICACIÓN:

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

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

75.2. Si alguno de los dos (2) postores no cumple con los requisitos de calificación, el comité de selección verifica los requisitos de calificación de los postores admitidos, según el orden de prelación obtenido en la evaluación, hasta identificar dos (2) postores que cumplan con los requisitos de calificación; salvo que de la revisión de las ofertas, solo se pueda identificar una (1) que cumpla con tales requisitos”

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



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN						ÍTEM 1																																					
A. CAPACIDAD LEGAL						CONSORCIO CENTRO DE HEMODIÁLISIS CHICLAYO SAC Y SAN FRANCISCO INVERSIONES MÉDICAS SAC																																					
HABILITACIÓN						DIALI MEDIC-PERU S.A.C.																																					
REQUISITO: <ul style="list-style-type: none">• Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.• Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD ACREDITACIÓN: <ul style="list-style-type: none">• 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.• Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.						FOLIO: 40-52																																					
						FOLIO: 12-18																																					
						SI CUMPLE																																					
						SI CUMPLE																																					
						- Presenta Resolución directoral ejecutiva N°000083-2022-GR. LAMB/GERESA-DESIP. De la IPRESS Centro de Hemodiálisis Chiclayo S.A.C.”																																					
						- Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°15466																																					
						- Presenta Resolución Directoral N°0368-2020/GRP-DRSP-DEDSS. De la IPRESS Clínica de Hemodiálisis San Francisco S.A.C.”.																																					
						Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°31108																																					
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL																																											
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO																																											
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis																																											
REQUISITO:						FOLIO: 55-71																																					
<table><tr><th>Ítem</th><th>Descripción del servicio</th><th>Cantidad de pacientes mensual</th><th>Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)</th><th>Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)</th><th>Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes</th></tr><tr><td>1</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>2</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>3</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>4</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>5</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr></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</p>						Ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	4	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	FOLIO: 53-91	
						Ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes																																
						1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																
						2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																
						3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																
						4	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																
5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																						
						SI CUMPLE																																					
						Presentan:																																					
						- FACTURA ELECTRÓNICA F001-0016219 de 12 máquinas de hemodiálisis, siendo los números de series: J14190S, J14463S, J14464S, J14465S, J14871S, J14872S, J14873S, J14874S, J14875S, J14876S, J14877S, J14878S.																																					
						- FACTURA ELECTRÓNICA F001-0016220 de 5 máquinas de hemodiálisis, siendo los números de series: J14879S, J15035S, J15036S, J15037S, J15038S.																																					
						FACTURA ELECTRÓNICA F001-0021239 de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo los números de series: J16381S, J16382S, J16383S.																																					

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

<p>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> <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>		
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL		
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO		
B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua	FOLIO: 73-75	FOLIO: 46-50
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. • Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expresocomodos, doble o twin), con tanque de salmuera. • Filtro de carbón activado. • Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. • Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta con 00/100 soles) al ítem que se presente (siendo los ítems 1, 2, 3, 4, y 5), 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>ACREDITACIÓN: La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de: (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados. En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p>	<p>FOLIO: 77-121</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato N° 010-OA-RAPI-ESSALUD-2015 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-01-16 al 31-03-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-04-16 al 31-08-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-09-16 al 31-12-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-09-16 al 31-12-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-01-17 al 31-05-17 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-06-17 al 31-12-17 • Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Contrato de consorcio Constancia de Prestación N° 068-2022-SIS-FISSAL • Adenda al Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Contrato Complementaria al Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 069-2022-SIS-FISSAL 	<p>FOLIO:51-</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato N° 002-2018-SIS-FISSAL Contrato de consorcio Adenda al contrato de consorcio Adenda al Contrato N° 002-2018-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 001-2023-SIS-FISSAL Contrato Complementario al Contrato N° 002-2018-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 002-2023-SIS-FISSAL • Contrato N° 022-2021-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 009-2023-SIS-FISSAL

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

<p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”, debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p>		
SITUACIÓN	CALIFICADA	CALIFICADA



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN						ÍTEM 2																																					
A. CAPACIDAD LEGAL						Consortio CID																																					
HABILITACIÓN						CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. – SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.																																					
REQUISITO: <ul style="list-style-type: none">• Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.• Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD ACREDITACIÓN: <ul style="list-style-type: none">• 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.• Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.						FOLIO: 24-38																																					
						FOLIO: 40-52																																					
						SI CUMPLE																																					
						SI CUMPLE																																					
						Presentan:																																					
						- Presenta Resolución Directoral Ejecutiva N°000086-2022/GR.LAMB/GERESA-DESIP de la IPRESS Centro de Diálisis María Auxiliadora de Chiclayo SAC”. - Copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°18227.																																					
						- Resolución Directoral Ejecutiva N°000009-2022-GR-LAMB/GERESA-DESIP de la IPRESS NEFRO CARE PERU SAC. Copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°21063.																																					
						- Presenta Resolución directoral ejecutiva N°000083-2022-GR. LAMB/GERESA-DESIP. De la IPRESS Centro de Hemodiálisis Chiclayo S.A.C.” - Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°15466 - Presenta Resolución Directoral N°0368-2020/GRP-DRSP-DEDSS. De la IPRESS Clínica de Hemodiálisis San Francisco S.A.C.”. Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°31108																																					
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL																																											
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO																																											
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis						FOLIO: 41-84																																					
REQUISITO: <table><tr><th>Ítem</th><th>Descripción del servicio</th><th>Cantidad de pacientes mensual</th><th>Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)</th><th>Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)</th><th>Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes</th></tr><tr><td>1</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>2</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>3</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>4</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>5</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr></table>						Ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	4	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	FOLIO: 55-71	
						Ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes																																
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																						
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																						
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																						
4	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																						
5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																						
						SI CUMPLE																																					
						SI CUMPLE																																					
						Presentan:																																					
						- Factura Electrónica F001-0005560 de 4 máquinas de hemodiálisis, siendo las SERIES (J12640S, J12641S, J12642S, J12658S). de la IPRESS Centro de Diálisis María Auxiliadora de Chiclayo SAC”. - Factura Electrónica F001-0014745 de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo las SERIES (J14574S, J14575S, J14576S). de la IPRESS Centro de Diálisis María Auxiliadora de Chiclayo SAC”. - Factura Electrónica F001-0020451 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo la SERIE (J14856S). de la IPRESS Centro de Diálisis María Auxiliadora de Chiclayo SAC”. - Factura Electrónica F001-0049206 de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo las SERIES (J21587S, J21590S). de la IPRESS Centro de Diálisis María Auxiliadora de Chiclayo SAC”. - Factura Electrónica F001-0049689 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo la SERIE (J24148S). de la IPRESS Centro de Diálisis María Auxiliadora de Chiclayo SAC”. - Factura Electrónica E001-1703 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo la SERIE (J14843S). de la IPRESS Centro de Diálisis María Auxiliadora de Chiclayo SAC”. - Factura Electrónica F001-0068022 de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo la SERIE (J25249S, J25266S). de la IPRESS Centro de Diálisis María Auxiliadora de Chiclayo SAC”. - Factura Electrónica F001-0018602 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo la SERIE (J15323S). de la IPRESS Centro de NEFRO CARE SAC”.																																					
						Presentan contrato de comodato de equipos de hemodiálisis de suministro de insumos y prestación de servicios de 20 máquinas de hemodiálisis de numero de series: 2SXA3FZQ, 2SXA3FZR, 2SXA3FZS, 2SXA3FZT, 2SXA3FZU, 2SXA3FZV, 2SXA3FZW, 2SXA3FZX, 2SXA3FZY, 2SXA3FZZ, 2SXA3G00, 2SXA3G01, 2SXA3G02, 2SXA3G03, 2SXA3G04, 2SXA3G05, 2SXA3G06, 2SXA3G07, 2SXA3G08, 2SXA3G09, De fecha 06 de enero de 2023.																																					

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

(b) En caso el postor presente su oferta a más de un ítem, deberá presentar su oferta respetando la capacidad de atención a pacientes, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 845-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis", considerando que la

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

<p>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> <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Factura Electrónica F001-0020476 de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo la SERIE (J14858S, J14859S). de la IPRESS Centro de NEFRO CARE SAC". - Factura Electrónica F001-0068024 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo la SERIE (J22348S). de la IPRESS Centro de NEFRO CARE SAC". - contrato de comodato de 10 máquinas de hemodiálisis a la IPRESS NEFRO CARE SAC. 	
<p>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</p>		
<p>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</p>		
<p>B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua</p>	<p>FOLIO: 87-97</p>	<p>FOLIO: 73-75</p>
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. • Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expresocomodos, doble o twin), con tanque de salmuera. • Filtro de carbón activado. • Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. • Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido de la IPRESS Centro de Diálisis María Auxiliadora de Chiclayo SAC</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido de la IPRESS Nefro Care SAC</p>	<p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>
<p>C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</p>		
<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta con 00/100 soles) al ítem que se presente (siendo los ítems 1, 2, 3, 4, y 5), 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>ACREDITACIÓN: 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.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la</p>	<p>FOLIO: 98-</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato N° 007-2019-SIS-FISSAL/AS-II Constancia de Prestación N° 003-2023-SIS-FISSAL • Contrato N° 002-2018-SIS-FISSAL Contrato de consorcio Adenda al contrato de consorcio Constancia de Prestación N° 001-2023-SIS-FISSAL Contrato Complementario al Contrato N° 002-2018-SIS-FISSAL Adenda al Contrato N° 002-2018-SIS-FISSAL 	<p>FOLIO: 77-121</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato N° 010-OA-RAPI-ESSALUD-2015 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-01-16 al 31-03-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-04-16 al 31-08-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-09-16 al 31-12-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-09-16 al 31-12-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-01-17 al 31-05-17 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-06-17 al 31-12-17 • Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Contrato de consorcio Constancia de Prestación N° 068-2022-SIS-FISSAL • Adenda al Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Contrato Complementaria al Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 069-2022-SIS-FISSAL

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

<p>promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p>		
SITUACIÓN	CALIFICADA	CALIFICADA



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN						ÍTEM 3							
CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. – SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.						CONSORCIO PACÍFICO		INSTITUTO NEFROUROLÓGICO DEL NORTE SAC		INSTITUTO DEL RIÑON DE CHICLAYO S.A.C.			
A. CAPACIDAD LEGAL													
HABILITACIÓN													
REQUISITO: <ul style="list-style-type: none">Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD ACREDITACIÓN: <ul style="list-style-type: none">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.Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.						FOLIO: 40-52		FOLIO: 40-47		FOLIO: 12-16		FOLIO: 14-20	
						SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none">Presenta Resolución directoral ejecutiva N°000083-2022-GR. LAMB/GERESA-DESIP. De la IPRESS Centro de Hemodiálisis Chiclayo S.A.C.”Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°15466Presenta Resolución Directoral N°0368-2020/GRP-DRSP-DESS. De la IPRESS Clínica de Hemodiálisis San Francisco S.A.C.”.Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°31108		SI CUMPLE Presentan: <ul style="list-style-type: none">Resolución Directoral Ejecutiva N°000057-2021-GR.LAMB/GERESA-DESIP Copia simple de la RENIPRESS N°25388..		SI CUMPLE Presentan: <ul style="list-style-type: none">RESOLUCION DIRECTORAL EJECUTIVA N°000005-2020-GR-LAMB/GERESA-DESIP DE LA EMPRESA INSTITUTO NEFROUROLÓGICO DEL NORTE SAC Presentan copia simple de la RENIPRESS 8230		SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none">RESOLUCION DIRECTORAL EJECUTIVA N°000087-2022-GR-LAMB/GERESA-DESIP DE LA IPRESS INSTITUTO DEL RIÑON DE CHICLAYO SACPresentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°9488	
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL													
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO													
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis						FOLIO: 55-71		FOLIO: 49-58		FOLIO: 17-31			
REQUISITO:						FOLIO: 22-27							
Ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	SI CUMPLE Presentan contrato de comodato de equipos de hemodiálisis de suministro de insumos y prestación de servicios de 20 máquinas de hemodiálisis de numero de series: 2SXA3FZQ, 2SXA3FZR, 2SXA3FZS, 2SXA3FZT, 2SXA3FZU, 2SXA3FZV, 2SXA3FZW, 2SXA3FZX, 2SXA3FZY, 2SXA3FZZ, 2SXA3G00, 2SXA3G01, 2SXA3G02, 2SXA3G03, 2SXA3G04, 2SXA3G05, 2SXA3G06, 2SXA3G07, 2SXA3G08, 2SXA3G09, De fecha 06 de enero de 2023.		SI CUMPLE Presentan: <ul style="list-style-type: none">Factura Electrónica F001-0013443 y 001-0056749 de 12 máquinas de hemodiálisis, siendo las SERIES (J14187S, J14186S, J14185S, J14184S, J14183S, J14182S, J14181S, J14180S, J14179S, J14178S, J14177S, J14176S).Factura Electrónica F001-0017147, 001-0060736 y F001-0002816 de 4 máquinas de hemodiálisis, siendo las SERIES (J14161S, J14162S, J14163S, J14164S).Factura Electrónica F001-0019352 y 001-0063300 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo las SERIES (J15317S).Factura Electrónica F001-0023127 de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo las SERIES (J16723S, J16730S, J16731S). de la IPRESS Nefrocix SAC”. Factura Electrónica F001-0030398 y 001-0075824 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo las SERIES (J18398S).		SI CUMPLE Presentan: <ul style="list-style-type: none">Presentan CO-0031-2020 CONTRATO DE CESIÓN EN USO DE 12 MÁQUINAS DE HEMODIÁLISISAD-0001-2022 EXTENCIÓN DEL CONTRATO DE COMODATO N°CO-0031-2020 QUE ADICIONA 1 MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS FACTURA 003-N°0007945 de 7 máquinas de hemodiálisis, siendo los números de series: 15J9794S, 15J9795S, 15J9796S, 15J9797S, 15J9798S, 15J9799S, 15J9800S		SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none">FACTURA ELECTRÓNICA F001-0020464 de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo los números de series: J14842S, J14844S, J14845S, FACTURA ELECTRÓNICA F001-0049690 de 15 máquinas de hemodiálisis, siendo los números de series: J24133S, J24134S, J24135S, J24136S, J24137S, J24138S, J24139S, J24140S, J24141S, J24142S, J24143S, J24144S, J24145S, J24146S, J24147S.FACTURA ELECTRÓNICA F001-0058026 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo los números de series: J26308S FACTURA ELECTRÓNICA F001-0068023 de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo los números de series: J25267S, J25268S.	

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

<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> <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>				
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL				
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO				
B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua	FOLIO: 73-75	FOLIO: 60-68	FOLIO: 32-42	FOLIO: 50-56
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expresocomodos, doble o twin), con tanque de salmuera. Filtro de carbón activado. Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD				
<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta con 00/100 soles) al ítem que se presente (siendo los ítems 1, 2, 3, 4, y 5), 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>ACREDITACIÓN: 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</p>	<p>FOLIO: 77-121</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrato N° 010-OA-RAPI-ESSALUD-2015 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-01-16 al 31-03-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-04-16 al 31-08-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-09-16 al 31-12-16 	<p>FOLIO: 171-238</p> <p>NO CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <p>Diferentes contratos, sin embargo no adjunto constancia de prestación. Por otro lado, presenta diferentes facturas que no llegan a acumular S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta con 00/100 soles), solicitado en las bases (VER ANEXO *)</p>	<p>FOLIO:43-66</p> <p>NO CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <p>Diferentes ordenes de compra emitidos por el Seguro Social de Salud-ESSALUD y comprobantes de pago.</p> <p>Al respecto, nos remitimos a las bases integradas donde claramente indica: comprobantes de pago cuya</p>	<p>FOLIO: 57-82</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrato de Servicio de Salud N° 037-2015-SIS Constancia de Prestación N° 018-2021-SIS-FISSAL Contrato N° 025-2021-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 008-2023-SIS-FISSAL

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

<p>(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.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p>	<p>Constancia de Cumplimiento de prestación 01-09-16 al 31-12-16</p> <p>Constancia de Cumplimiento de prestación 01-01-17 al 31-05-17</p> <p>Constancia de Cumplimiento de prestación 01-06-17 al 31-12-17</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Contrato de consorcio Constancia de Prestación N° 068-2022-SIS-FISSAL Adenda al Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Contrato Complementaria al Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 069-2022-SIS-FISSAL 		<p>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.</p> <p>Por lo que no se puede advertir la acreditación en el presente requisito de calificación, al no acreditar la 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.</p>	
SITUACIÓN	CALIFICADA	DESCALIFICADA	DESCALIFICADA	CALIFICADA



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria**

(*) **Observación a la EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD:** De acuerdo a la evaluación de la experiencia presentada por el postor CONSORCIO PACÍFICO, en el siguiente cuadro se detallan las observaciones:

NRO	N.º FACTURA	IMPORTE FACTURA	FACHA FAC.	DETRACCION	ABONO en EE.CC	FECHA ABON.	SUMA DE DETRACCION + ABONO	OBSERVACION
1	E001-105	18,814.29	06/08/2020	2,258.00	94,071.45	05/11/2020	96,329.45	Presenta abono por monto superior al importe facturado, por tanto, no se puede determinar que mediante este abono se ha pagado la factura.
2	E001-163	29,148.90	19/11/2021	3,498.00	25,650.90	02/12/2021	29,148.90	CONFORME
3	E001-168	46,108.26	01/12/2021	5,533.00	108,576.75	17/12/2021	114,109.75	Presenta abono por monto superior al importe facturado, por tanto, no se puede determinar que mediante este abono se ha pagado la factura.
4	E001-170	26,234.01	01/12/2021	3,148.00	23,086.01	23/01/2021	26,234.01	CONFORME
5	E001-192	276,469.37	16/04/2022	33,176.00	165,783.66	26/04/2022	198,959.66	Los abonos no coinciden con el monto facturado, si como tampoco que haya tenido retenciones y/o penalidades
6	E001-199	333,323.32	19/05/2022	39,998.00	184,922.46	30/05/2022	224,920.46	Los abonos no coinciden con el monto facturado, si como tampoco que haya tenido retenciones y/o penalidades
7	E001-211	305,491.44	19/07/2022	36,658.00	268,833.44	02/08/2022	305,491.44	CONFORME
8	E001-218	306,111.78	16/08/2022	36,733.00	269,378.78	25/08/2022	306,111.78	CONFORME
9	E001-221	310,856.17	06/09/2022	37,303.00	273,553.17	12/09/2022	310,856.17	CONFORME
10	E001-225	302,074.67	07/10/2022	36,248.00	265,826.67	26/10/2022	302,074.67	CONFORME

MONTO TOTAL	1,954,632.21
--------------------	---------------------

MONTO VALIDADO	1,279,916.97
-----------------------	---------------------

Por lo mencionado, se determina que la oferta presentada por el postor CONSORCIO PACÍFICO en el ítem 3; ha resultado DESCALIFICADA al no cumplir con acreditar objetivamente el cumplimiento de los requisitos de calificación (EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD)



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN						ÍTEM 4	
						CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. – SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.	NEFRO CARE SAC
A. CAPACIDAD LEGAL							
HABILITACIÓN							
REQUISITO: <ul style="list-style-type: none">Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD ACREDITACIÓN: <ul style="list-style-type: none">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.Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.						FOLIO: 40-52	FOLIO: 14-19
						SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none">- Presenta Resolución directoral ejecutiva N°000083-2022-GR. LAMB/GERESA-DESIP. De la IPRESS Centro de Hemodiálisis Chiclayo S.A.C.”- Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°15466- Presenta Resolución Directoral N°0368-2020/GRP-DRSP-DEDSS. De la IPRESS Clínica de Hemodiálisis San Francisco S.A.C.”. Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°31108	SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none">- RESOLUCION DIRECTORAL EJECUTIVA N°000009-2022-GR-LAMB/GERESA-DESIP DE LA IPRESS NEFRO CARE PERU SAC Presentan copia simple de la RENIPRESS 21063
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL							
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO							
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis						FOLIO: 55-71	FOLIO: 21
REQUISITO:							
Ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes		
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		
4	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		
5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		
(a) Una máquina de hemodiálisis solo puede atender un paciente por turno, en una secuencia. Considerando que exista cuatro turnos de atención (mayor demanda) en dos secuencias, el máximo de pacientes atendidos por una máquina es de ocho (08).							
(b) En caso el postor presente su oferta a más de un ítem, deberá presentar su oferta respetando la capacidad de atención a pacientes, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 845-2007/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis”. considerando que la							
						SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none">- Presentan contrato de comodato de equipos de hemodiálisis de suministro de insumos y prestación de servicios de 20 máquinas de hemodiálisis de numero de series: 2SXA3FZQ, 2SXA3FZR, 2SXA3FZS, 2SXA3FZT, 2SXA3FZU, 2SXA3FZV, 2SXA3FZW, 2SXA3FZX, 2SXA3FZY, 2SXA3FZZ, 2SXA3G00, 2SXA3G01, 2SXA3G02, 2SXA3G03, 2SXA3G04, 2SXA3G05, 2SXA3G06, 2SXA3G07, 2SXA3G08, 2SXA3G09, De fecha 06 de enero de 2023.	SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none">- FACTURA ELECTRÓNICA F001-0018602 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo los números de series: J15323S- FACTURA ELECTRÓNICA F001-0020476 de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo los números de series: J14858S, J14859S- FACTURA ELECTRÓNICA F001-0068024 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo los números de series: J22348S Contrato de comodato de 10 máquinas de hemodiálisis.

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

<p>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> <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>		
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL		
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO		
B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua	FOLIO: 73-75	FOLIO: 46-50
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. • Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expresocomodos, doble o twin), con tanque de salmuera. • Filtro de carbón activado. • Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. • Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta con 00/100 soles) al ítem que se presente (siendo los ítems 1, 2, 3, 4, y 5), 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>ACREDITACIÓN: 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.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la</p>	<p>FOLIO: 77-121</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato N° 010-OA-RAPI-ESSALUD-2015 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-01-16 al 31-03-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-04-16 al 31-08-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-09-16 al 31-12-16 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-01-17 al 31-05-17 Constancia de Cumplimiento de prestación 01-06-17 al 31-12-17 • Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Contrato de consorcio Constancia de Prestación N° 068-2022-SIS-FISSAL • Adenda al Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Contrato Complementaria al Contrato N° 011-2018-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 069-2022-SIS-FISSAL 	<p>FOLIO: 49-97</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrato N° 002-2018-SIS-FISSAL Contrato de consorcio Adenda al contrato de consorcio Adenda al Contrato N° 002-2018-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 001-2023-SIS-FISSAL Contrato Complementario al Contrato N° 002-2018-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 002-2023-SIS-FISSAL • Contrato N° 023-2021-SIS-FISSAL Constancia de Prestación N° 007-2023-SIS-FISSAL

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

<p>promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p>		
SITUACIÓN	CALIFICADA	CALIFICADA



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN						ÍTEM 5																																							
						CONSORCIO PACÍFICO	CENTRO DEL RIÑÓN DEL NORTE SOCIEDAD ANÓNIMA CERRADA	INSTITUTO NEFROUROLÓGICO DEL NORTE SAC	CONSORCIO NEPHRO MEDICAL CHICLAYO SAC– NEPHRO CARE SAC																																				
A. CAPACIDAD LEGAL																																													
HABILITACIÓN																																													
REQUISITO: <ul style="list-style-type: none">Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD ACREDITACIÓN: <ul style="list-style-type: none">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.Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.						FOLIO: 40-47	FOLIO: 94-103	FOLIO: 12-16	FOLIO: 24-35																																				
						SI CUMPLE Presentan: <ul style="list-style-type: none">Resolución Directoral Ejecutiva N°000057-2021-GR.LAMB/GERESA-DESIP Copia simple de la RENIPRESS N°25388..	SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none">Presenta Resolución Directoral Ejecutiva N°000001-2023-GR.LAMB/GERESA-DESIP.Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°19627.	SI CUMPLE Presentan: <ul style="list-style-type: none">RESOLUCION DIRECTORAL EJECUTIVA N°000005-2020-GR-LAMB/GERESA-DESIP DE LA EMPRESA INSTITUTO NEFROUROLÓGICO DEL NORTE SAC Presentan copia simple de la RENIPRESS 8230	SI CUMPLE Presentan: <ul style="list-style-type: none">RESOLUCIÓN DIRECTOAL EJECUTIVA N°000016-2022-GR.LAMB/GERESA-DESIP DE LA IPRESS NEPHRO MEDICAL CHICLAYO SACPresentan copia simple de la RENIPRESS 29773RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N°250-2021-DMGS-DIRIS-LC DE LA IPRESS NEPHRO CARE SAC Presentan copia simple de la RENIPRESS 10053																																				
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL																																													
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO																																													
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis																																													
REQUISITO: <table><tr><th>Ítem</th><th>Descripción del servicio</th><th>Cantidad de pacientes mensual</th><th>Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)</th><th>Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)</th><th>Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes</th></tr><tr><td>1</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>2</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>3</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>4</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr><tr><td>5</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17</td><td>30</td><td>4</td><td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td><td>8</td></tr></table>						Ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	4	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	FOLIO: 49-58	FOLIO: 53-91	FOLIO: 17-31	FOLIO: 37-58
						Ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes																																		
						1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																		
						2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																		
						3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																		
						4	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																		
						5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																		
SI CUMPLE Presentan: <ul style="list-style-type: none">Factura Electrónica F001-0013443 y 001-0056749 de 12 máquinas de hemodiálisis, siendo las SERIES (J14187S, J14186S, J14185S, J14184S, J14183S, J14182S, J14181S, J14180S, J14179S, J14178S, J14177S, J14176S).Factura Electrónica F001-0017147, 001-0060736 y F001-0002816 de 4 máquinas de hemodiálisis, siendo las SERIES (J14161S, J14162S, J14163S, J14164S).Factura Electrónica F001-0019352 y 001-0063300 de 1 máquina de hemodiálisis, siendo las SERIES (J15317S).Factura Electrónica F001-0023127 de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo las SERIES (J16723S, J16730S, J16731S). de la IPRESS Nefrocix SAC". Factura Electrónica F001-0030398 y 001-0075824 de 1 máquina de						SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none">Presentan minuta de contrato de compra – venta de bienes muebles y garantía mobiliaria de 11 máquinas de hemodiálisis de fecha 21 de febrero de 2017.Presentan un contrato de comodato de 12 máquinas de hemodiálisis de fecha 13 de setiembre de 2021.Adenda de comodato para adicionar la entrega de 2 máquinas de hemodiálisis, de fecha 08 de noviembre de 2021.	SI CUMPLE Presentan: <ul style="list-style-type: none">Presentan CO-0031-2020 CONTRATO DE CESIÓN EN USO DE 12 MÁQUINAS DE HEMODIÁLISISAD-0001-2022 EXTENCIÓN DEL CONTRATO DE COMODATO N°CO-0031-2020 QUE ADICIONA 1 MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS FACTURA 003-N°0007945 de 7 máquinas de hemodiálisis, siendo los números de series: 15J9794S, 15J9795S, 15J9796S, 15J9797S, 15J9798S, 15J9799S, 15J9800S	SI CUMPLE Presentan: <ul style="list-style-type: none">COMPROMISO DE COMPRA VENTA DE MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS ENTRE NIPRO U NEPHRO MEDICAL CHICLAYO SAC DE 19 MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS. CONTRATO DE ALQUILER DE 2 MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS DE FECHA 01.12.2022 (MENCIONA CLÁUSULA PRIMERA: DA EN ALQUILER 02 MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS A EL ARRENDATARIO DA EN ALQUILER 01 MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS DE MARCA NIPRO MEDICAL CORPORATION MODELO DIAMAX AÑO DE FABRICACIÓN 2018 SERIE:J16745S). SOLO SE TOMARÁ EN CUENTA UNA MÁQUINA QUE SE SUSTENTA.																																					

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

<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> <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>	<p>hemodiálisis, siendo las SERIES (J18398S).</p>			
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL				
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO				
B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua	FOLIO: 60-68	FOLIO: 32-51	FOLIO: 32-42	FOLIO: 63
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expresocomodos, doble o twin), con tanque de salmuera. Filtro de carbón activado. Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido, de empresa SUMIDIAL PERU EIRL.</p>	<p>SI CUMPLE Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD				
<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta con 00/100 soles) al ítem que se presente (siendo los ítems 1, 2, 3, 4, y 5), 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>ACREDITACIÓN: 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</p>	<p>FOLIO: 239-305</p> <p>NO CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <p>Diferentes contratos, sin embargo no adjunto constancia de prestación. Por otro lado, presenta diferentes facturas que no llegan a acumular S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta</p>	<p>FOLIO:01-30</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrato de Servicio de Salud N° 068-2015-SIS Adenda al Contrato de Servicio de Salud N° 068-2015-SIS Adenda 2 al Contrato de Servicio de Salud N° 068-2015-SIS Constancia de Prestación N° 010-2018-SIS-FISSAL 	<p>FOLIO:43-66</p> <p>NO CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <p>Diferentes ordenes de compra emitidos por el Seguro Social de Salud-ESSALUD y comprobantes de pago.</p> <p>Al respecto, nos remitimos a las bases integradas donde claramente indica: comprobantes de pago cuya</p>	<p>FOLIO: 64-72</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrato de Servicio de Salud N° 067-2015-SIS Constancia de Prestación N° 007-2019-SIS-FISSAL

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

<p>(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.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p>	<p>con 00/100 soles), solicitado en las bases (VER ANEXO **)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Contrato N° 29-AO-AODM-GRALA-JAV-ESSALUD-2020 Constancia de prestación N° 63-OACP-AODM-GRPL-ESSALUD-2022 Adenda al Contrato N° 29-AO-AODM-GRALA-JAV-ESSALUD-2020 Constancia de prestación N° 62-OACP-AODM-GRPL-ESSALUD-2022 Constancia de prestación N° 60-OACP-AODM-GRPL-ESSALUD-2022 Contrato complementario al Contrato N° 29-AO-AODM-GRALA-JAV-ESSALUD-2020 Constancia de prestación N° 61-OACP-AODM-GRPL-ESSALUD-2022 	<p>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.</p> <p>Por lo que no se puede advertir la acreditación en el presente requisito de calificación, al no acreditar la 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.</p>	
SITUACIÓN	DESCALIFICADA	CALIFICADA	DESCALIFICADA	CALIFICADA



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda Convocatoria

(**) **Observación a la EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD:** De acuerdo a la evaluación de la experiencia presentada por el postor CONSORCIO PACÍFICO, en el siguiente cuadro se detallan las observaciones:

NRO	N.º FACTURA	IMPORTE FACTURA	FACHA FAC.	DETRACCION	ABONO en EE.CC	FECHA ABON.	SUMA DE DETRACCION + ABONO	OBSERVACION
1	E001-160	262,254.95	27/10/2021	31,470.00	187,724.00	04/11/2021	219,194.00	Los abonos no coinciden con el monto facturado, si como tampoco que haya tenido retenciones y/o penalidades
2	E001-166	259,539.51	23/11/2021	31,144.00	228,395.51	03/12/2021	259,539.51	CONFORME
3	E001-176	258,790.36	31/12/2021	31,054.00	131,651.08	13/01/2022	162,705.08	Los abonos no coinciden con el monto facturado, si como tampoco que haya tenido retenciones y/o penalidades
4	E001-178	313,235.76	24/02/2022	37,588.00	198,138.05	04/03/2022	235,726.05	Los abonos no coinciden con el monto facturado, si como tampoco que haya tenido retenciones y/o penalidades
5	E001-180	25,969.02	09/03/2022	3,116.00	161,007.90	13/04/2022	164,123.90	Presenta abono por monto superior al importe facturado, por tanto, no se puede determinar que mediante este abono se ha pagado la factura.
6	E001-181	105,201.03	09/03/2022	12,624.00	161,007.90	13/04/2022	173,631.90	Presenta abono por monto superior al importe facturado, por tanto, no se puede determinar que mediante este abono se ha pagado la factura.
7	E001-182	94,071.45	09/03/2022	11,289.00	161,007.90	13/04/2022	172,296.90	Presenta abono por monto superior al importe facturado, por tanto, no se puede determinar que mediante este abono se ha pagado la factura.
8	E001-184	209,217.06	15/03/2022	34,826.00	177,881.35	21/03/2022	212,707.35	Presenta abono por monto superior al importe facturado, por tanto, no se puede determinar que mediante este abono se ha pagado la factura.
9	E001-217	13,514.80	15/08/2022	1,622.00	11,892.80	22/09/2022	13,514.80	CONFORME
10	E001-224	93,564.00	09/09/2022	11,228.00	62,063.80	13/10/2022	73,291.80	Los abonos no coinciden con el monto facturado, si como tampoco que haya tenido retenciones y/o penalidades
11	E001-228	92,524.40	08/10/2022	11,103.00	61,149.20	28/10/2022	72,252.20	Los abonos no coinciden con el monto facturado, si como tampoco que haya tenido retenciones y/o penalidades
12	E001-229	97,722.40	10/11/2022	11,727.00	65,768.20	02/12/2022	77,495.20	Los abonos no coinciden con el monto facturado, si como tampoco que haya tenido retenciones y/o penalidades
MONTO TOTAL		1,825,604.74			MONTO VALIDADO		273,054.31	

Por lo mencionado, se determina que la oferta presentada por el postor CONSORCIO PACÍFICO en el ítem 5; ha resultado DESCALIFICADA al no cumplir con acreditar objetivamente el cumplimiento de los requisitos de calificación (EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD)



ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 19-2022-SIS-FISSAL- Segunda
Convocatoria

IV. ACUERDO TOMADO POR UNANIMIDAD:

4.1 Se resuelve otorgar la buena pro según el siguiente detalle

ÍTEM	CANTIDAD DE PACIENTES MENSUAL	POSTOR	COSTO UNITARIO OFERTADO	COSTO TOTAL OFERTADO
1	30	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. – SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.	249.90	1,754,298.00
2	30	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. – SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.	249.90	1,754,298.00
3	30	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. – SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.	249.90	1,754,298.00
4	30	CONSORCIO CENTRO DE HEMODIALISIS CHICLAYO S.A.C. – SAN FRANCISCO INVERSIONES MEDICAS S.A.C.	249.90	1,754,298.00
5	30	CENTRO DEL RIÑON DEL NORTE SOCIEDAD ANÓNIMA CERRADA	275.00	1,930,500.00

4.2 Registrar este resultado en el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado – SEACE, conforme a lo señalado en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado

Siendo las **15:25** horas del 25 de abril de 2023, se dio por concluida la sesión, firmando en señal de conformidad la presente acta.



Fred Michael Quiñones Landeo
Presidente – Titular



Erika Luz Salinas Vásquez Primer
Miembro – Titular



Erick Chávez Quiroz Segundo
Miembro – Titular