

**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

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

En el distrito de San Isidro, departamento de Lima, siendo las 14:00 horas del día 03 de junio de 2024, se reúnen los miembros del Comité de Selección, encargados de conducir el procedimiento en mención: Eder Cisneros Moya (Presidente – Titular), Rosana Claudia Chaúd Covarrubias (Primer Miembro – Titular) y María Cristina Nieto Rivera (Segundo Miembro – Titular), a efectos de iniciar el proceso de la verificación de las ofertas presentadas al Procedimiento de Selección ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N°011-2024-SIS-FISSAL-(primera convocatoria) **“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE CAJAMARCA DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA”**.

En virtud de lo expuesto, con fecha 03 de junio de 2024 según calendario registrado en el SEACE se llevó a cabo el Acto de presentación de ofertas (vía electrónica):

ÍTEM	POSTOR	
	NOMBRE DE LA EMPRESA	RUC N°
1	ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L	20606113022
	LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L.	20529672790
2	CONSORCIO CAJAMARCA	20607942499
3	LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L.	20529672790
4	NEFRO HEALTH	20608526511
5	ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L	20606113022
	CONSORCIO CAJAMARCA	20607942499

**I. ADMISIÓN DE OFERTAS:**

El numeral 73.2 del Art. 73° del Reglamento de la Ley de Contrataciones, señala:

***“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)

**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

Asimismo, el numeral 1.6 Forma de presentación de ofertas, del capítulo I Etapas del procedimiento de selección de las Bases Integradas de ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N.º 011 -2024-SIS-FISSAL-1, señala:

*“Las ofertas se presentan conforme lo establecido en el artículo 59 y en el artículo 90 del Reglamento. Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita o digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales. Los demás documentos deben ser visados por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en el caso de persona natural, por este o su apoderado. No se acepta el pegado de la imagen de una firma o visto. **Las ofertas se presentan foliadas.**”*

En ese sentido, para la admisión de las ofertas, se procede a verificar que éstas se encuentren debidamente visadas y foliadas correlativamente en cada una de sus hojas.

De acuerdo, con la revisión realizada por el comité de selección, se identifica que, los documentos que forman parte de la oferta presentada por LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L. para el ítem 1 y 3, no cuentan con el foliado respectivo (numeración ilegible de las páginas 22, 23, 34, 36, 50, 59, 89, 94, 95 del PDF), para el ítem 1 y 3; otorgando el plazo de un (1) día hábil (hasta el día 04 de junio de 2024).

Asimismo, los documentos que forman parte de la oferta presentada por ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L. para el ítem 1 y 5, no cuentan con el foliado respectivo (numeración ilegible de las páginas 6 y 33 del PDF), para el ítem 1 y 5; otorgando el plazo de un (1) día hábil (hasta el día 04 de junio de 2024).

Por lo tanto, el Comité estima pertinente traer a colación lo establecido en el numeral 60.1 y en el literal b), g), h) 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:***

***f) La nomenclatura del procedimiento de selección y falta de firma o foliatura del postor o su representante.”***

Por lo mencionado, el Comité otorga el plazo de un (1) día hábil al postor LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L. con RUC 20529672790 para el ítem 1 y 3; asimismo, al postor ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L con RUC 20606113022 para el ítem 1 y 5, a fin de que regularice la forma de presentación de la oferta según se establece en las Bases del Procedimiento.

**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO  
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

**Los miembros del Comité de selección acuerdan lo siguiente:**

1. Notificar a través de la plataforma del Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado – SEACE a LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L. con RUC 20529672790 del ítem 1 y 3; asimismo, a ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L. con RUC 20606113022 del ítem 1 y 5, para que subsane la ausencia del foliado en los documentos que forman parte de oferta (numeración), otorgando el plazo de un (1) día hábil (hasta el día 04 de junio de 2024).
2. Prorrogar la etapa de admisión, evaluación, calificación y otorgamiento de la buena pro hasta el día 05 de junio del 2024.
3. Registrar en el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado – SEACE, conforme a lo señalado en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, el acta de subsanación de ofertas.

Siendo las 16:00 horas del 03 de junio de 2024 se dio por concluida la sesión, firmando en señal de conformidad la presente acta.




---

Eder Cisneros Moya  
Presidente – Suplente



---

Rosana Claudia Chaúd Covarrubias  
Primer Miembro – Titular



---

María Cristina Nieto Rivera  
Segundo Miembro – Titular

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

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

En el distrito de San Isidro, departamento de Lima, siendo las 14:00 horas del día 05 de junio de 2024, se reúnen los miembros del Comité de Selección, encargados de conducir el procedimiento en mención: Eder Cisneros Moya (Presidente – Titular), Rosana Claudia Chaud Covarrubias (Primer Miembro – Titular) y Maria Cristina Nieto Rivera (Segundo Miembro – Titular), a efectos de iniciar el proceso de revisión de las ofertas presentadas al Procedimiento de Selección **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1 “SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE CAJAMARCA DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA”**.

Cabe precisar que, mediante el Acta N°01-2024 del 04.06.2024, el comité de selección otorgó el plazo de un (1) día hábil al postor LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L. con RUC 20529672790 para el ítem 1 y 3; asimismo, al postor ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L. con RUC 20606113022 para el ítem 1 y 5, a fin de que regularice la forma de presentación de la oferta según se establece en las Bases del Procedimiento.

En ese sentido, el 05.06.2024, el postor LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L. con RUC 20529672790, remitió la subsanación de las ofertas para el ítem 1 y 3; asimismo, el postor ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L. con RUC 20606113022 remitió la subsanación de las ofertas para el ítem 1 y 5; por lo cual, se procede con la siguiente verificación.

**I. ADMISIÓN DE OFERTAS:**

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

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

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

Se realizó la siguiente revisión:

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

## II. EVALUACIÓN DE OFERTA ADMITIDA

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

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

ÍTEM	CANTIDAD DE PACIENTES MENSUAL	POSTOR	FACTORES DE EVALUACIÓN					PUNTAJE TOTAL	ORDEN DE PRELACIÓN
			PRECIO (93 PUNTOS)			SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (5 PUNTOS)	INTEGRIDAD EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA (2 PUNTOS)		
			COSTO UNITARIO OFERTADO	COSTO TOTAL OFERTADO	PUNTAJE PRECIO (93 PUNTOS)				
1	30	ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R. L	343.00	4'815,720.00	91.16	NO PRESENTA	NO PRESENTA	91.16	2
		LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L.	336.20	4'720,248.00(*)	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
2	30	CONSORCIO CAJAMARCA (conformado por CLINICA DEL RIÑON CAJAMARCA S.R.L., con RUC 20607942499 y CENTRO RENAL SAN MARTÍN S.A.C., con RUC 20602833772)	336.70	4'727,268.00 (*)	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
3	30	LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L.	336.20	4'720,248.00(*)	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
4	30	Consortio NEFRO HEALTH (conformado por HEALTH MEDICA LABORAL S.A.C. con RUC 20608526511 y NEFROLIFE PERU S.A.C. con RUC 20603379081)	338.30	4'749,732.00 (*)	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
5	30	ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L.	343.00	4'815,720.00	91.29	NO PRESENTA	NO PRESENTA	91.29	2
		CONSORCIO CAJAMARCA (conformado por CLINICA DEL RIÑON CAJAMARCA S.R.L., con RUC 20607942499 y CENTRO RENAL SAN MARTÍN S.A.C., con RUC 20602833772)	336.70	4'727,268.00 (*)	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1

(\*) Se advierte que la oferta económica presentada por el postor LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L (ítems 01 y 03), el postor CONSORCIO CAJAMARCA (ítems 02 y 05) y el postor NEFRO HEALTH (ítems 04), superan al valor estimado.

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

**III. CALIFICACIÓN:**

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

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

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

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN						ÍTEM 1	
						ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L	LAURENT CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L.
<b>A. CAPACIDAD LEGAL</b>							
<b>HABILITACIÓN</b>							
<b>REQUISITO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.</li> <li>Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD</li> </ul> <b>ACREDITACIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes.</li> <li>Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.</li> </ul>						FOLIO 20-26	FOLIO 16-22
						<b>SI CUMPLE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentan copia de Resolución Regional N°0683-2020-GR.CAJ/DRSC-DESP del 28 de diciembre de 2020, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL ubicado en jirón San Mateo S/N - Distrito, provincia y departamento de Cajamarca.</li> <li>Presentan copia del RENIPRESS del CUI 000028814, del establecimiento ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL ubicado en ubicado en jirón San Mateo S/N - Distrito, provincia y departamento de Cajamarca, con RUC 20606113022, en condición de ACTIVO.</li> </ul>	<b>SI CUMPLE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentan copia de Resolución Directoral Ejecutiva N°043-2022-GR.CAJ/DRSC-DESP del 26 de julio del 2022, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L. con RUC 20529672790, ubicado en Av. Héroes del Cenepa, N° 1055, Barrio Mollepampa, distrito, provincia y departamento de Cajamarca.</li> <li>Presenta copia simple del RENIPRESS, el cual señala el código único de IPRESS N°00016398, del establecimiento LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L ubicado en Av. Héroes del Cenepa, N° 1055, Barrio Mollepampa, distrito, provincia y departamento de Cajamarca, en condición de ACTIVO.</li> </ul>
<b>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>							
<b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>							
<b>B.1.1 Máquina de Hemodiálisis</b>						FOLIO 30, 34-35	FOLIO 24-25, 31, 35, 38, 41, 44, 47, 51, 55-56
<b>REQUISITO:</b> El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:						<b>SI CUMPLE</b> (Acreditan 14 máquinas de hemodiálisis)	<b>SI CUMPLE</b> (Acreditan 20 máquinas de hemodiálisis)
N° de ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentan copia de factura electrónica F001-00020188 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL de 2 máquinas de hemodiálisis con series 1SXA2JGV, 1SXA2JGW.</li> <li>Presentan compromiso de alquiler suscrito entre FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. y la empresa ISIDORE CENTRO DE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta una nota aclaratoria, 8 facturas y un compromiso de alquiler.</li> <li>Factura electrónica F001-00005851 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 4 máquinas</li> </ul>
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de	8		

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

	crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-1			emergencia y 1 en el local aislado		HEMODIALISIS EIRL por 12 máquinas de hemodiálisis con series 3SXA4EXU, 3SXA4EXV, 3SXA4EXW, 3SXA4EXX, 3SXA4EYN, 3SXA4EYP, 3SXA4EYQ, 3SXA4EYR, 3SXA4EYS, 3SXA4EYT, 3SXA4EYU, 3SXA4EYV.	de hemodiálisis con series 8SXAYX34, 8SXAYX36, 8SXAYX38, 8SXAYX39.
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-2	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		- Factura electrónica F001-00008240 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 2 máquinas de hemodiálisis con series 8SXA0EEG, 8SXA0EEH.
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-3	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		- Factura electrónica F001-00014963 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 1 máquina de hemodiálisis con serie 9SXA1HPV.
4	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-4	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		- Factura electrónica F001-00015889 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 1 máquina de hemodiálisis con serie 9SXA1HPG.
5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-5	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		- Factura electrónica F001-0039334 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERÚ a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 1 máquina de hemodiálisis con serie J211925.
<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><b>ACREDITACIÓN:</b>  Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>							- Factura electrónica F001-00020912 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 1 máquina de hemodiálisis con serie 1SXA2JH9.
<b>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>							- Factura electrónica F001-00023893 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 2 máquinas de hemodiálisis con series 1SXA2PEH, 1SXA2PEJ.
<b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>							- Factura electrónica F001-00028176 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 2 máquinas de hemodiálisis con series 2SXA3NM2, 2SXA3NM3.
<b>B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua</b>						FOLIO 54, 61-62	- Compromiso de alquiler suscrito entre FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. y LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L por seis (06) máquinas de hemodiálisis con series 4SXA4YT1, 4SXA4YT2, 4SXA4YT3, 4SXA4YT4, 4SXA4YK6 Y 4SXA4YK7.
<p><b>REQUISITO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Filtro de sedimentos o multimedia o partículas.</li> <li>Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera.</li> <li>Filtro de carbón activado.</li> <li>Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso.</li> <li>Filtro de hasta cinco (05) micrómetros.</li> </ul> <p><b>ACREDITACIÓN:</b>  Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>						<b>SI CUMPLE</b>	<b>SI CUMPLE</b>
						- Presentan copia de factura electrónica E001-4 emitido por PROYECTA SERVICIOS Y GESTION EN INGENIERIA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA, a favor de ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL por la compra de una plata de osmosis para hemodiálisis, entre otros.	- Presentan copia de factura electrónica F001-00000065 emitido por OMERSAC, a favor LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L. por la compra de un equipo de osmosis inversa portátil.
						- Presentan copia de Informe N°753-22 emitido por OMERSAC con RUC N°2060335427, que deja constancia de la potenciación de la planta de agua de la empresa ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL con RUC 20606113022, que	- Presentan copia de Informe N°735-22 emitido por OMERSAC con RUC 20503355427 que deja constancia de la potenciación de la planta de agua de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L. que incluyen Filtro de sedimentos, dos ablandadores alternados con tanque de



**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

	incluyen Filtro de sedimentos, dos ablandadores alternados con tanque de salmuera, filtro de carbón activado, equipo de ósmosis inversa, filtro de hasta 5um, entre otros.	salmuera, filtro de carbón activado, equipo de ósmosis inversa, filtro de hasta 5um, entre otros.																																								
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD																																										
<b>REQUISITO:</b> El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/1'500,000.00 (Un millón quinientos mil con 00/100 soles) para el ítem 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.  <b>ACREDITACIÓN:</b> La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago , correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad  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.  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.  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.  Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el <b>Anexo N° 9</b> .  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.	FOLIO: 64-141  <b>NO CUMPLE</b>  - Presenta Anexo N.° 08. - presenta CONTRATO COMPLEMENTARIO N.° 023-2022-ESSALUD/RACAJ-1, acreditando su cumplimiento con constancias de prestación. - se observa que el contrato corresponde al CONSORCIO FLAMAV integrado por (ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L. y LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL), sin embargo no ha adjuntado la promesa formal de consorcio y 7º contrato de consorcio.  Sobre el particular es preciso señalar que las bases integradas del procedimiento de selección señalan lo siguiente:  “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”  Por lo expuesto, no se validará esta experiencia.  - Presenta Contrato N.° 010-2023-IN/SALUDPOL, por la contratación del servicio de atención ambulatorio integral del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis para los pacientes beneficiarios de SALUDPOL en Cajamarca, acreditado con comprobantes de pago y sus respetivos estados de cuenta, según se detalla: <table><tr><td>Orden</td><td>N.° Factura</td><td>Importe</td><td>Importe Abonado</td></tr><tr><td>1</td><td>E001-289</td><td>18,030.00</td><td>S/ 6,331.68</td></tr><tr><td>2</td><td>E001-292</td><td>40,033.60</td><td>S/ 25,694.88</td></tr><tr><td>3</td><td>E001-294</td><td>43,089.00</td><td>S/ 28,383.88</td></tr><tr><td>4</td><td>E001-295</td><td>39,116.80</td><td>S/ 24,888.08</td></tr><tr><td>5</td><td>E001-298</td><td>39,116.80</td><td>S/ 24,888.08</td></tr><tr><td>6</td><td>E001-302</td><td>40,644.80</td><td>S/ 35,767.80</td></tr><tr><td>7</td><td>E001-305</td><td>41,561.60</td><td>S/ 17,505.16</td></tr><tr><td>8</td><td>E001-308</td><td>41,867.20</td><td>S/ 27,308.48</td></tr><tr><td></td><td></td><td><b>S/ 303,459.80</b></td><td><b>S/ 190,768.04</b></td></tr></table> - Presenta comprobantes de pago:	Orden	N.° Factura	Importe	Importe Abonado	1	E001-289	18,030.00	S/ 6,331.68	2	E001-292	40,033.60	S/ 25,694.88	3	E001-294	43,089.00	S/ 28,383.88	4	E001-295	39,116.80	S/ 24,888.08	5	E001-298	39,116.80	S/ 24,888.08	6	E001-302	40,644.80	S/ 35,767.80	7	E001-305	41,561.60	S/ 17,505.16	8	E001-308	41,867.20	S/ 27,308.48			<b>S/ 303,459.80</b>	<b>S/ 190,768.04</b>	FOLIO: 77-136  <b>SI CUMPLE</b>  - Presenta Anexo N.° 08 - Presenta Contrato de Servicios de Salud N.° 040-2015-SIS, por el SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL; Adenda al Contrato de Servicios de Salud N.° 040-2015-SIS, que tiene por objeto renovar la vigencia del contrato de servicios de salud por el plazo máximo de 03 meses a partir del 13.10.2018. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 035-2022-SIS-FISSAL, DE FECHA 08/07/2022, por el importe de <b>S/4'919,088.99</b> .  - Presenta Contrato N.° 017-2018-SIS-FISSAL, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis; Contrato complementario al Contrato N.° 017-2018-SIS-FISSAL, por el importe de S/40,549.77. Acredita el cumplimiento del contrato por el importe de S/6'527,462.76.  - Presenta Contrato N.° 010-2021-SIS-FISSAL/CP, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en el departamento de Cajamarca. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 031-2022-SIS-FISSAL, que consigna el importe ejecutado de S/ 4,049,248.55.  - Presenta Contrato N.° 016-DM-RACAJ-ESSALUD-2019, por Contratación del servicio de atención ambulatoria en hemodiálisis sin rehúso para pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) AEN ESTADIO 5 en hemodiálisis por 01 años para la red asistencial Cajamarca, prestaciones adicionales equivalentes al 25% del Contrato N.° 016-DM-RACAJ-ESSALUD-2019. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestación N.° 039-OA-DM-RACAJ-ESSALUD-2023.  En la constancia de prestación d N.° 039-OA-DM-RACAJ-ESSALUD-2023, no se consigna el importe ejecutado, por tanto, no se considerará esta experiencia.
Orden	N.° Factura	Importe	Importe Abonado																																							
1	E001-289	18,030.00	S/ 6,331.68																																							
2	E001-292	40,033.60	S/ 25,694.88																																							
3	E001-294	43,089.00	S/ 28,383.88																																							
4	E001-295	39,116.80	S/ 24,888.08																																							
5	E001-298	39,116.80	S/ 24,888.08																																							
6	E001-302	40,644.80	S/ 35,767.80																																							
7	E001-305	41,561.60	S/ 17,505.16																																							
8	E001-308	41,867.20	S/ 27,308.48																																							
		<b>S/ 303,459.80</b>	<b>S/ 190,768.04</b>																																							

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el <b>Anexo Nº 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad	Orden	N.º Factura	Importe	Importe Abonado
		E001-304	S/ 31,008.00	S/ 0.00
		E001-307	S/ 27,759.00	S/ 0.00
		E001-309	S/ 34,020.00	
		E001-310	S/ 28,526.40	
		E001-311	S/ 25,116.00	
		E001-312	S/ 25,116.00	
			S/ 171,545.40	
	Presenta un estado de cuenta en el que consigna un monto por las facturas E001-304 y E001-307, no se identifica el importe de cada factura			
	Presenta un estado de cuenta en el que consigna un monto por las facturas E001-309, 310, 311 y 312, no se identifica el importe de cada factura			
El postor no ha alcanzado el importe de experiencia requerido en las bases integradas.				
SITUACIÓN	DESCALIFICADA			CALIFICADA

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	ÍTEM 2	
	CONSORCIO CAJAMARCA	
A. CAPACIDAD LEGAL		
HABILITACIÓN		
<p><b>REQUISITO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.</li> <li>• Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD</li> </ul> <p><b>ACREDITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes.</li> <li>• Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.</li> </ul>	FOLIO 43-60	
	<p style="text-align: center;"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta copia de Resolución Directoral N°076-2022-GR.CAJ/DRSC-DESP del 02 de noviembre de 2022, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a la CLÍNICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA S.R.L. con CUI 000031973 ubicado en jirón Tupac Amaru N°1421, distrito, provincia y departamento de Cajamarca.</li> <li>- Presentan copia del RENIPRESS del CUI 000031973, del establecimiento CLÍNICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA S.R.L. ubicado en ubicado en jirón Tupac Amaru N°1421, distrito, provincia y departamento de Cajamarca, con RUC 20607942499, en condición de ACTIVO.</li> <li>- Presenta copia de Resolución Jefatural N°00053-2019-GRSM/DIRESA-SM/DIREFISSA del 22 de febrero de 2019, que resuelve asignar la categoría de Servicio Médico de Apoyo – Hemodiálisis con razón social al CENTRO RENAL SAN MARTIN S.A.C. con RUC 20602833772 con CUI 000026161, ubicado en la avenida Almirante Grau N°208, distrito de Moyobamba, provincia de Moyobamba y departamento de San Martín.</li> <li>- Presentan copia del RENIPRESS del CUI 000026161, del establecimiento CENTRO RENAL SAN MARTIN S.A.C. ubicado en la avenida Almirante Grau N°208, distrito de Moyobamba, provincia de Moyobamba y departamento de San Martín, con RUC 20602833772, en condición de ACTIVO.</li> </ul>	
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL		
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO		

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

B.1.1 Máquina de Hemodiálisis						FOLIO 64-65
<b>REQUISITO:</b> El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:						<b>SI CUMPLE</b> (Acreditan 19 máquinas de hemodiálisis)  - Presentan copia de Factura electrónica F001-0072625 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de la CLÍNICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA S.R.L., por la compra de 19 máquinas de hemodiálisis Diamax; de las siguientes series: J26285S, J26286S, J26287S, J26288S, J26289S, J26290S, J26291S, J26292S, J26294S, J26565S, J26566S, J26568S, J26570S, J26571S, J26574S, J26575S, J26579S, J26583S, J26902S.
Nº de ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-1	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 – Cajamarca 24-2	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 – Cajamarca 24-3	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 – Cajamarca 24-4	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 – Cajamarca 24-5	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	
<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><b>ACREDITACIÓN:</b> Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>						
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL						
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO						
B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua						FOLIO 110-118

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

<div><div><div>REQUISITO:</div><div><ul style="list-style-type: none"><li>Filtro de sedimentos o multimedia o partículas.</li><li>Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera.</li><li>Filtro de carbón activado.</li><li>Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso.</li><li>Filtro de hasta cinco (05) micrómetros.</li></ul></div></div><div><div>ACREDITACIÓN:</div><div>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.</div></div></div>	<div><div>SI CUMPLE</div><div><ul style="list-style-type: none"><li>Presentan copia de Informe N°431-24 emitido por OMERSAC, que deja constancia de la operatividad de la planta de tratamiento de agua de la empresa CLÍNICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA S.R.L con RUC 20607942499, verificando que se en que encuentra en buen funcionamiento los siguientes equipos: Filtro de sedimentos, dos ablandadores alternados con tanque de salmuera para regeneración de resina, filtro de carbón activado, equipo de ósmosis inversa, filtro de hasta 5um, entre otros.</li><li>Presentan copia de certificado de operatividad emitido por OMERSAC, en la que acredita la operatividad y validación de la calidad del agua de la planta de tratamiento de agua de la empresa CLÍNICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA S.R.L con RUC 20607942499.</li></ul></div></div>																																							
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD																																								
<div><div><div>REQUISITO:</div><div>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/1’500,000.00 (Un millón quinientos mil con 00/100 soles) para el ítem 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.</div></div><div><div>Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</div></div><div><div>ACREDITACIÓN:</div><div>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago , correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el <b>Anexo Nº 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</div><div>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.</div><div>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.</div><div>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.</div><div>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.</div></div></div>	<div><div>FOLIO: 120-310</div><div><div>SI CUMPLE</div><div><ul style="list-style-type: none"><li>Presenta Anexo N.º 08</li></ul><div>Experiencia presentada por consorciado CLINICA DEL RIÑON CAJAMARCA</div><ul style="list-style-type: none"><li>Presenta Contrato N.º 003-2023-SIS-FISSAL, por el servicio de atención ambulatoria integral del paciente con enfermedad crónica estadio 5 en hemodiálisis en el departamento de Cajamarca, en participación de consorcio con el 90% (CONSORCIO NEFRONORTE conformado por CLINICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA con el 90% y NEFROLIFE PERU S.A.C. CON EL 10%) según contrato de consorcio. Acredita el cumplimiento con los siguientes comprobantes de pago:</li></ul></div></div></div> <table><tr><th>N.º Factura</th><th>Importe</th><th>Importe Abonado</th></tr><tr><td>E001-55</td><td>110,983.97</td><td>89,578.64</td></tr><tr><td>E001-56</td><td>4,549.35</td><td>4,003.35</td></tr><tr><td>E001-57</td><td>5,586.38</td><td>4,916.38</td></tr><tr><td>E001-58</td><td>104,852.36</td><td>91,350.04</td></tr><tr><td>E001-54</td><td>5,047.40</td><td>4,441.40</td></tr><tr><td>E001-53</td><td>127,824.33</td><td>103,184.30</td></tr><tr><td>E001-16</td><td>33,996.85</td><td>29,916.85</td></tr><tr><td>E001-14</td><td>93,587.74</td><td>56,632.34</td></tr><tr><td>E001-6</td><td>98,611.82</td><td>61,054.42</td></tr><tr><td>E001-4</td><td>94,772.48</td><td>57,675.08</td></tr><tr><td>E001-3</td><td>86,285.94</td><td>50,207.54</td></tr><tr><td>E001-3</td><td>86,285.94</td><td>50,207.54</td></tr></table>	N.º Factura	Importe	Importe Abonado	E001-55	110,983.97	89,578.64	E001-56	4,549.35	4,003.35	E001-57	5,586.38	4,916.38	E001-58	104,852.36	91,350.04	E001-54	5,047.40	4,441.40	E001-53	127,824.33	103,184.30	E001-16	33,996.85	29,916.85	E001-14	93,587.74	56,632.34	E001-6	98,611.82	61,054.42	E001-4	94,772.48	57,675.08	E001-3	86,285.94	50,207.54	E001-3	86,285.94	50,207.54
N.º Factura	Importe	Importe Abonado																																						
E001-55	110,983.97	89,578.64																																						
E001-56	4,549.35	4,003.35																																						
E001-57	5,586.38	4,916.38																																						
E001-58	104,852.36	91,350.04																																						
E001-54	5,047.40	4,441.40																																						
E001-53	127,824.33	103,184.30																																						
E001-16	33,996.85	29,916.85																																						
E001-14	93,587.74	56,632.34																																						
E001-6	98,611.82	61,054.42																																						
E001-4	94,772.48	57,675.08																																						
E001-3	86,285.94	50,207.54																																						
E001-3	86,285.94	50,207.54																																						

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el **Anexo N° 9**.

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.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el **Anexo N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad

	S/ 852,384.56	S/ 603,167.88
90% Participación		S/ 542,851.09

Nota: con relación a la factura E001-005, está ilegible el importe del abono en el estado de cuenta.

Experiencia presentada por consorciado CENTRO RENAL SAN MARTIN

- Contrato N.° 0015-2022-SIS-FISSAL por la contratación del servicio de atención ambulatoria integral del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis en la provincia de Moyobamba del departamento de San Martín, suscrito por el CENTRO RENAL SAN MARTIN. Acredita el pago con las siguientes facturas:

No Contratación	N.° Factura	Importe	Importe Abonado
2.00	E001-1456	127,139.15	86,455.65
3.00	E001-1543	172,830.82	132,147.32
4.00	E001-1628	185,355.32	144,485.84
5.00	E001-2072	197,665.94	156,982.44
6.00	E001-2103	217,953.31	177,269.81
7.00	E001-2029	218,546.09	177,862.00
8.00	E001-2167	200,147.01	159,463.59
			<b>S/ 1,034,666.65</b>

Nota: se observa que las facturas presentadas no hacen referencia al contrato referido; sobre el particular las bases integradas consigan lo siguiente:

*"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 N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad"*

Por tanto, se considerará cada factura como contratación independiente.

Con relación a las facturas E001-1457, E001-1544, E001-1632, E001-2073, E001-2104, E001-2130 y E001-2168, estas no se consideran ya que no hacen referencia al servicio de hemodiálisis.

- Presenta Contrato N.° 001-2023-OGESS-AM, por el servicio de Hemodiálisis correspondientes al mes de febrero a noviembre de 2022 en el hospital II-1 de Moyobamba. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Cumplimiento de Prestación N. 049-2023, la misma que consigna un importe ejecutado de **S/435,200.00**.
- Presenta CONTRATO N.° 008-2021-SIS-FISSAL/CP, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en la provincia de Moyobamba del departamento de San Martín por le importe de S/ 1158,300.00; Presenta adenda al contrato por el adicional de S/.289,575. Acredita el cumplimiento del

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

	<p>contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 028-2023-SIS-FISSAL, el mismo que consigna un monto ejecutado de <b>S/ 1'447,875.00</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta Contrato Complementario al CONTRATO N.° 008-2021-SIS-FISSAL/CP, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en la provincia de Moyobamba del departamento de San Martín. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 028-2023-SIS-FISSAL, el mismo que consigna un monto ejecutado de <b>S/.347,490.00.</b></li> <li>- Presenta Orden de Servicio N.° 321- por servicio de hemodiálisis crónica, acreditando su cumplimiento mediante Constancia de cumplimiento de la prestación N° 050, que consigna el importe ejecutado de <b>S/.140,000.00.</b></li> <li>- Presenta Contrato N.° 078-2024-2021-OGESS-AM, por le servicio de hemodiálisis para pacientes con insuficiencia renal en el hospital II-1 Moyobamba, distrito y provincia de Moyobamba – Región de San Martín. Acredita el pago mediante constancia de cumplimiento de la prestación N.° 048-2023, en que se consigna un importe de ejecución de <b>S/71,400.00.</b></li> <li>- Presenta Contrato N.° 003-2020-SIS-FISSAL/CD, por el de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en las provincias de Alto mayo de la región de San Martín; Adenda al mismo contrato por adicional de S/64,300.00. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 045-2021-SIS-FISSAL, en el que se consigna un importe de ejecución de <b>S/321,750.00.</b></li> </ul>
<b>SITUACIÓN</b>	<b>CALIFICADA</b>

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	ÍTEM 3
	LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L.
<b>A. CAPACIDAD LEGAL</b>	
<b>HABILITACIÓN</b>	
<p><b>REQUISITO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.</li> <li>• Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD</li> </ul> <p><b>ACREDITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes.</li> <li>• Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.</li> </ul>	<p>FOLIO 16-22</p> <p style="text-align: center;"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentan copia de Resolución Directoral Ejecutiva N°043-2022-GR.CAJ/DRSC-DESP del 26 de julio del 2022, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L. con RUC 20529672790, ubicado en Av. Héroes del Cenepa, N° 1055, Barrio Mollepampa, distrito, provincia y departamento de Cajamarca.</li> </ul> <p>Presenta copia simple del RENIPRESS, el cual señala el código único de IPRESS N°00016398, del establecimiento LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L ubicado en Av. Héroes del Cenepa, N° 1055, Barrio Mollepampa, distrito, provincia y departamento de Cajamarca, en condición de ACTIVO.</p>
<b>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>	
<b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	
<b>B.1.1 Máquina de Hemodiálisis</b>	FOLIO 24-25, 31, 35, 38, 41, 44, 47, 51, 55-56

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

REQUISITO:						SI CUMPLE	
El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:						(Acreditan 20 máquinas de hemodiálisis)	
Nº de ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	<ul style="list-style-type: none"><li>- Presenta una nota aclaratoria, 8 facturas y un compromiso de alquiler.</li><li>- Factura electrónica F001-00005851 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 4 máquinas de hemodiálisis con series 8SXAYX34, 8SXAYX36, 8SXAYX38, 8SXAYX39.</li><li>- Factura electrónica F001-00008240 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 2 máquinas de hemodiálisis con series 8SXA0EEG, 8SXA0EEH.</li><li>- Factura electrónica F001-00014963 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 1 máquina de hemodiálisis con serie 9SXA1HPV.</li><li>- Factura electrónica F001-00015889 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 1 máquina de hemodiálisis con serie 9SXA1HPG.</li><li>- Factura electrónica F001-0039334 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERÚ a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 1 máquina de hemodiálisis con serie J21192S.</li><li>- Factura electrónica F001-00020912 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 1 máquina de hemodiálisis con serie 1SXA2JH9.</li><li>- Factura electrónica F001-00023893 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 2 máquinas de hemodiálisis con series 1SXA2PEH, 1SXA2PEJ.</li><li>- Factura electrónica F001-00028176 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L de 2 máquinas de hemodiálisis con series 2SXA3NM2, 2SXA3NM3.</li><li>- Compromiso de alquiler suscrito entre FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. y LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L por seis (06) máquinas de hemodiálisis con series 4SXA4YT1, 4SXA4YT2, 4SXA4YT3, 4SXA4YT4, 4SXA4YK6 Y 4SXA4YK7.</li></ul>	
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-1	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 – Cajamarca 24-2	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 – Cajamarca 24-3	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 – Cajamarca 24-4	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 – Cajamarca 24-5	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		
<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><b>ACREDITACIÓN:</b> Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>						FOLIO 70, 74-75	
<b>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>							
<b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>							
<b>B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua</b>							
REQUISITO:						SI CUMPLE	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Filtro de sedimentos o multimedia o partículas.</li><li>• Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera.</li><li>• Filtro de carbón activado.</li><li>• Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso.</li><li>• Filtro de hasta cinco (05) micrómetros.</li></ul>						<ul style="list-style-type: none"><li>- Presentan copia de factura electrónica F001-00000065 emitido por OMERSAC, a favor LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L. por la compra de un equipo de osmosis inversa portátil.</li><li>- Presentan copia de Informe N°735-22 emitido por OMERSAC con RUC 20503355427 que deja constancia de la potenciación de la planta de agua de LAURENT CENTRO DE HEMODÁLISIS E.I.R.L. que incluyen Filtro de sedimentos, dos</li></ul>	

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

<p><b>ACREDITACIÓN:</b> Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>ablandadores alternados con tanque de salmuera, filtro de carbón activado, equipo de ósmosis inversa, filtro de hasta 5um, entre otros.</p>
<p><b>C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b></p>	
<p><b>REQUISITO:</b> El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/1'500,000.00 (Un millón quinientos mil con 00/100 soles) para el ítem 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.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p><b>ACREDITACIÓN:</b> La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</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 <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el <b>Anexo N° 9</b>.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p>	<p style="text-align: center;">FOLIO: 77 - 136</p> <p style="text-align: center;"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta Anexo N.° 08</li> <li>- Presenta Contrato de Servicios de Salud N.° 040-2015-SIS, por el SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL; Adenda al Contrato de Servicios de Salud N.° 040-2015-SIS, que tiene por objeto renovar la vigencia del contrato de servicios de salud por el plazo máximo de 03 meses a partir del 13.10.2018. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 035-2022-SIS-FISSAL, DE FECHA 08/07/2022, por el importe de <b>S/4'919,088.99</b>.</li> <li>- Presenta Contrato N.° 017-2018-SIS-FISSAL, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis; Contrato complementario al Contrato N.° 017-2018-SIS-FISSAL, por el importe de S/40,549.77. Acredita el cumplimiento del contrato por el importe de S/6'527,462.76.</li> <li>- Presenta Contrato N.° 010-2021-SIS-FISSAL/CP, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en el departamento de Cajamarca. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 031-2022-SIS-FISSAL, que consigna el importe ejecutado de S/4,049,248.55.</li> <li>- Presenta Contrato N.° 016-DM-RACAJ-ESSALUD-2019, por Contratación del servicio de atención ambulatoria en hemodiálisis sin rehúso para pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) AEN ESTADIO 5 en hemodiálisis por 01 años para la red asistencial Cajamarca, prestaciones adicionales equivalentes al 25% del Contrato N.° 016-DM-RACAJ-ESSALUD-2019. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestación N.° 039-OA-DM-RACAJ-ESSALUD-2023.</li> <li>- En la constancia de prestación d N.° 039-OA-DM-RACAJ-ESSALUD-2023, no se consigna el importe ejecutado, por tanto, no se considerará esta experiencia.</li> </ul>



**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad	
<b>SITUACIÓN</b>	<b>CALIFICADA</b>

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	ÍTEM 4
	NEFRO HEALTH
<b>A. CAPACIDAD LEGAL</b>	
<b>HABILITACIÓN</b>	
<p><b>REQUISITO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.</li> <li>Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD</li> </ul> <p><b>ACREDITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes.</li> <li>Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.</li> </ul>	FOLIO 36-49
	<p><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentan copia de Resolución Directoral Ejecutiva N°054-2023-GR.CAJ/DRSC-DESP del 06 de febrero de 2023, el cual resuelve clasificar como servicio médico de apoyo privado, en el procedimiento especializado de hemodiálisis a la IPRESS con código único N°00032482 de nombre comercial "SHILLACOTO LABORAL MEDICA" cuya razón social es HEALTH MEDICAL LABORAL S.A.C. con RUC 20608526511, ubicado en Av. Miguel Carducci Nro. 810, Urb. San Francisco de Asís, distrito, provincia y departamento de Cajamarca.</li> <li>Presentan copia de Resolución Directoral Ejecutiva N°000070-2021-GR.LAMB/GERESA-DESIP (3884049-7) del 04 de noviembre de 2021, el cual resuelve otorgar la clasificación como servicio médico de apoyo privado, UPS HEMODIÁLISIS a NEFROLIFE PERU S.A.C. con código único N°00025497 con RUC 20603379081, ubicado en Calle Juan Pardo y Miguel N°245, Urb. Chiclayo, distrito y provincia Chiclayo, departamento de Lambayeque.</li> <li>Presenta copia simple del RENIPRESS, el cual señala el código único de IPRESS N°00032482, de la razón social HEALTH MEDICAL LABORAL S.A.C. con RUC 2060852651, ubicado en Av. Miguel Carducci Nro. 810, piso 2, kilómetro 2. Urb. San Francisco de Asís, distrito, provincia y departamento de Cajamarca en condición de ACTIVO.</li> <li>Presenta copia simple del RENIPRESS, el cual señala el código único de IPRESS N°00025497 de la razón social NEFROLIFE PERU S.A.C. con RUC 20603379081, ubicado en Calle Juan Pardo y Miguel N°245, Urb. Chiclayo, distrito y provincia Chiclayo, departamento de Lambayeque en condición de ACTIVO.</li> </ul>
<b>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>	
<b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	
<b>B.1.1 Máquina de Hemodiálisis</b>	FOLIO 53-55

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

<b>REQUISITO:</b> El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:						<b>SI CUMPLE</b> (Acreditación 23 máquinas de hemodiálisis)	
N° de ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	<p>- Presentan copia de factura electrónica N°F001-0063066 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de HEALTH MEDICAL LABORAL S.A.C. de 18 máquinas de hemodiálisis con series: J27344S, J27345S, J27346S, J27347S, J27348S, J27349S, J27350S, J27351S, J27352S, J27353S, J27354S, J27355S, J27356S, J27357S, J27358S, J27359S, J27360S, J27361S.</p> <p>- Presentan copia de factura electrónica N°F001-0075053 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de HEALTH MEDICAL LABORAL S.A.C. de 5 máquinas de hemodiálisis con series: J30669S, J30670S, J30671S, J30672S, J30673S.</p>	
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-1	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 – Cajamarca 24-2	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 – Cajamarca 24-3	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 – Cajamarca 24-4	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 – Cajamarca 24-5	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8		
<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><b>ACREDITACIÓN:</b> Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>							
<b>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>							
<b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>							
<b>B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua</b>						FOLIO 82-84	

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

<p><b>REQUISITO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Filtro de sedimentos o multimedia o partículas.</li> <li>Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera.</li> <li>Filtro de carbón activado.</li> <li>Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso.</li> <li>Filtro de hasta cinco (05) micrómetros.</li> </ul> <p><b>ACREDITACIÓN:</b></p> <p>Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p style="text-align: center;"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta copia de Factura electrónica N°F001-00000517 emitido por HIDROCYR COMPANY SAC a favor de HEALTH MEDICAL LABORAL S.A.C. por la compra de un sistema de tratamiento de agua purificada por osmosis inversa de doble paso, entre otros.</li> <li>Presentan carta de operatividad y buen funcionamiento "Sistema de tratamiento de agua purificada por ósmosis inversa" emitida por HIDROCYR COMPANY S.A.C. con RUC 20601865280 que garantiza que todos los equipos en la sala de tratamiento de agua de la empresa HEALTH MEDICAL LABORAL S.A.C. con RUC 20608526511, ubicado en Av. Miguel Carducci Nro. 810, Urb. San Francisco de Asís, distrito, provincia y departamento de Cajamarca se encuentran operativos y en buen funcionamiento; que incluye los siguientes equipos: Filtro de sedimentos, dos ablandadores alternados con tanque de salmuera para regeneración de resina, filtro de carbón activado, equipo de ósmosis inversa, filtro de hasta 5µm, entre otros.</li> </ul>
<p><b>C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b></p>	
<p><b>REQUISITO:</b></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/1'500,000.00 (Un millón quinientos mil con 00/100 soles) para el ítem 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.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p><b>ACREDITACIÓN:</b></p> <p>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 <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p>	<p style="text-align: center;">FOLIO: 87-106</p> <p style="text-align: center;"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta Anexo N.° 08</li> <li>Presenta Contrato N.° 013-2022-SIS-FISSAL, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en el departamento de Lambayeque suscrita por el consorciado NEFROLIFE. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 085-2024-SIS-FISSAL, en el que se consigna la ejecución por el importe de S/4'925,946.32.</li> </ul>

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

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

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	ÍTEM 5	
	ISIDORE CENTRO DE HEMODIÁLISIS E.I.R.L	CONSORCIO CAJAMARCA
<b>A. CAPACIDAD LEGAL</b>		
<b>HABILITACIÓN</b>		
	FOLIO 20-26	FOLIO 43-60
<p><b>REQUISITO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.</li> <li>Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD</li> </ul> <p><b>ACREDITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes.</li> <li>Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentan copia de Resolución Regional N°0683-2020-GR.CAJ/DRSC-DESP del 28 de diciembre de 2020, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL ubicado en jirón San Mateo S/N - Distrito, provincia y departamento de Cajamarca.</li> <li>Presentan copia del RENIPRESS del CUI 000028814, del establecimiento ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL ubicado en ubicado en jirón San Mateo S/N - Distrito, provincia y departamento de Cajamarca, con RUC 20606113022, en condición de ACTIVO.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>SI CUMPLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta copia de Resolución Directoral N°076-2022-GR.CAJ/DRSC-DESP del 02 de noviembre de 2022, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a la CLÍNICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA S.R.L. con CUI 000031973 ubicado en jirón Tupac Amaru N°1421, distrito, provincia y departamento de Cajamarca.</li> <li>Presentan copia del RENIPRESS del CUI 000031973, del establecimiento CLÍNICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA S.R.L. ubicado en ubicado en jirón Tupac Amaru N°1421, distrito, provincia y departamento de Cajamarca, con RUC 20607942499, en condición de ACTIVO.</li> <li>Presenta copia de Resolución Jefatural N°00053-2019-GRSM/DIRESA-SM/DIREFISA del 22 de febrero de 2019, que resuelve asignar la categoría de Servicio Médico de Apoyo –Hemodiálisis con razón social al CENTRO RENAL SAN MARTIN S.A.C. con RUC 20602833772 con CUI 000026161, ubicado en la avenida Almirante Grau N°208, distrito de Moyobamba, provincia de Moyobamba y departamento de San Martín.</li> <li>Presentan copia del RENIPRESS del CUI 000026161, del establecimiento CENTRO RENAL SAN MARTIN S.A.C. ubicado en la avenida Almirante Grau N°208, distrito de Moyobamba, provincia de Moyobamba y</li> </ul>

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

								departamento de San Martin, con RUC 20602833772, en condición de ACTIVO.																																				
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL																																												
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO																																												
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis						FOLIO 30, 34-35		FOLIO 64-65																																				
REQUISITO: El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:						SI CUMPLE (Acreditan 14 máquinas de hemodiálisis)		SI CUMPLE (Acreditan 19 máquinas de hemodiálisis)																																				
<table><tr><th>Nº de ítem</th><th>Descripción del servicio</th><th>Cantidad de pacientes mensual</th><th>Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)</th><th>Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)</th><th>Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes</th></tr><tr><td>1</td><td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-1</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 – Cajamarca 24-2</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 – Cajamarca 24-3</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 – Cajamarca 24-4</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 – Cajamarca 24-5</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>						Nº de ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes	1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-1	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 – Cajamarca 24-2	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 – Cajamarca 24-3	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 – Cajamarca 24-4	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 – Cajamarca 24-5	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	- Presentan copia de factura electrónica F001-00020188 emitido por FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. a favor de ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL de 2 máquinas de hemodiálisis con series 1SXA2JGV, 1SXA2JGW.  - Presentan compromiso de alquiler suscrito entre FRESENIUS MEDICAL CARE del Perú S.A. y la empresa ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL por 12 máquinas de hemodiálisis con series 3SXA4EXU, 3SXA4EXV, 3SXA4EXW, 3SXA4EXX, 3SXA4EYN, 3SXA4EYP, 3SXA4EYQ, 3SXA4EYR, 3SXA4EYS, 3SXA4EYT, 3SXA4EYU, 3SXA4EYV.		- Presentan copia de Factura electrónica F001-0072625 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de la CLÍNICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA S.R.L., por la compra de 19 máquinas de hemodiálisis Diamax; de las siguientes series: J26285S, J26286S, J26287S, J26288S, J26289S, J26290S, J26291S, J26292S, J26294S, J26565S, J26566S, J26568S, J26570S, J26571S, J26574S, J26575S, J26579S, J26583S, J26902S.
Nº de ítem	Descripción del servicio	Cantidad de pacientes mensual	Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)	Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)	Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes																																							
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Cajamarca 24-1	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 – Cajamarca 24-2	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 – Cajamarca 24-3	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 – Cajamarca 24-4	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 – Cajamarca 24-5	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																							
<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>																																												

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido											
<b>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>											
<b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>											
<b>B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua</b>	FOLIO 54, 61-62	FOLIO 110-118									
<b>REQUISITO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Filtro de sedimentos o multimedia o partículas.</li> <li>Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera.</li> <li>Filtro de carbón activado.</li> <li>Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso.</li> <li>Filtro de hasta cinco (05) micrómetros.</li> </ul> <b>ACREDITACIÓN:</b> Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.	<b>SI CUMPLE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentan copia de factura electrónica E001-4 emitido por PROYECTA SERVICIOS Y GESTION EN INGENIERIA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA, a favor de ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL por la compra de una plata de osmosis para hemodiálisis, entre otros.</li> <li>Presentan copia de Informe N°753-22 emitido por OMERSAC con RUC N°2060335427, que deja constancia de la potenciación de la planta de agua de la empresa ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL con RUC 20606113022, que incluyen Filtro de sedimentos, dos ablandadores alternados con tanque de salmuera, filtro de carbón activado, equipo de ósmosis inversa, filtro de hasta 5um, entre otros.</li> </ul>	<b>SI CUMPLE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presentan copia de Informe N°431-24 emitido por OMERSAC, que deja constancia de la operatividad de la planta de tratamiento de agua de la empresa CLÍNICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA S.R.L con RUC 20607942499, verificando que se en que encuentra en buen funcionamiento los siguientes equipos: Filtro de sedimentos, dos ablandadores alternados con tanque de salmuera para regeneración de resina, filtro de carbón activado, equipo de ósmosis inversa, filtro de hasta 5um, entre otros. Presentan copia de certificado de operatividad emitido por OMERSAC, en la que acredita la operatividad y validación de la calidad del agua de la planta de tratamiento de agua de la empresa CLÍNICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA S.R.L con RUC 20607942499.</li> </ul>									
<b>C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>											
<b>REQUISITO:</b> El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/1'500,000.00 (Un millón quinientos mil con 00/100 soles) para el ítem 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.  <b>ACREDITACIÓN:</b> La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.  En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad	FOLIO: 64-141  <b>NO CUMPLE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta Anexo N.° 08.</li> <li>presenta CONTRATO COMPLEMENTARIO N.° 023-2022-ESSALUD/RACAJ-1, acreditando su cumplimiento con constancias de prestación.</li> <li>se observa que el contrato corresponde al CONSORCIO FLAMAV integrado por (ISIDORE CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L y LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS EIRL), sin embargo, no ha adjuntado la promesa formal de consorcio y 7º contrato de consorcio.</li> </ul> <p>Sobre el particular es preciso señalar que las bases integradas del procedimiento de selección señalan lo siguiente:</p> <p><b>"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</b></p>	FOLIO: 120-310  <b>SI CUMPLE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta Anexo N.° 08</li> </ul> <p>Experiencia presentada por consorciado CLINICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Presenta Contrato N.° 003-2023-SIS-FISSAL, por el servicio de atención ambulatoria integral del paciente con enfermedad crónica estadio 5 en hemodiálisis en el departamento de Cajamarca, en participación de consorcio con el 90% (CONSORCIO NEFRONORTE conformado por CLINICA DEL RIÑÓN CAJAMARCA con el 90% y NEFROLIFE PERU S.A.C. CON EL 10%) según contrato de consorcio. Acredita el cumplimiento con los siguientes comprobantes de pago:</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N.° Factura</th><th>Importe</th><th>Importe Abonado</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>E001-55</td><td>110,983.97</td><td>89,578.64</td></tr> <tr> <td>E001-56</td><td>4,549.35</td><td>4,003.35</td></tr> </tbody> </table>	N.° Factura	Importe	Importe Abonado	E001-55	110,983.97	89,578.64	E001-56	4,549.35	4,003.35
N.° Factura	Importe	Importe Abonado									
E001-55	110,983.97	89,578.64									
E001-56	4,549.35	4,003.35									

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

<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 <b>Anexo N° 9</b>.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p>	<p><b>computará la experiencia proveniente de dicho contrato”</b></p> <p>Por lo expuesto, no se validará esta experiencia.</p> <p>- Presenta Contrato N.° 010-2023-IN/SALUDPOL, por la contratación del servicio de atención ambulatorio integral del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis para los pacientes beneficiarios de SALUDPOL en Cajamarca, acreditado con comprobantes de pago y sus respectivos estados de cuenta, según se detalla:</p> <table><tr><td>Orden Abonado</td><td>N.° Factura</td><td>Importe</td><td>Importe</td></tr><tr><td>1</td><td>E001-289</td><td>18,030.00</td><td>S/ 6,331.68</td></tr><tr><td>2</td><td>E001-292</td><td>40,033.60</td><td>S/ 25,694.88</td></tr><tr><td>3</td><td>E001-294</td><td>43,089.00</td><td>S/ 28,383.88</td></tr><tr><td>4</td><td>E001-295</td><td>39,116.80</td><td>S/ 24,888.08</td></tr><tr><td>5</td><td>E001-298</td><td>39,116.80</td><td>S/ 24,888.08</td></tr><tr><td>6</td><td>E001-302</td><td>40,644.80</td><td>S/ 35,767.80</td></tr><tr><td>7</td><td>E001-305</td><td>41,561.60</td><td>S/ 17,505.16</td></tr><tr><td>8</td><td>E001-308</td><td>41,867.20</td><td>S/ 27,308.48</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td><b>S/ 303,459.80</b></td><td><b>S/ 190,768.04</b></td></tr></table> <p>- Presenta comprobantes de pago:</p> <table><tr><td>Orden Abonado</td><td>N.° Factura</td><td>Importe</td><td>Importe</td></tr><tr><td>0.00</td><td>E001-304</td><td>S/ 31,008.00</td><td>S/</td></tr><tr><td>0.00</td><td>E001-307</td><td>S/ 27,759.00</td><td>S/</td></tr><tr><td></td><td>E001-309</td><td>S/ 34,020.00</td><td></td></tr><tr><td></td><td>E001-310</td><td>S/ 28,526.40</td><td></td></tr><tr><td></td><td>E001-311</td><td>S/ 25,116.00</td><td></td></tr><tr><td></td><td>E001-312</td><td>S/ 25,116.00</td><td></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td><b>S/ 171,545.40</b></td><td></td></tr></table> <p>Presenta un estado de cuenta en el que consigna un monto por las facturas E001-304 y E001-307, no se identifica el importe de cada factura</p> <p>Presenta un estado de cuenta en el que consigna un monto por las facturas E001-309, 310, 311 y 312, no se identifica el importe de cada factura</p>	Orden Abonado	N.° Factura	Importe	Importe	1	E001-289	18,030.00	S/ 6,331.68	2	E001-292	40,033.60	S/ 25,694.88	3	E001-294	43,089.00	S/ 28,383.88	4	E001-295	39,116.80	S/ 24,888.08	5	E001-298	39,116.80	S/ 24,888.08	6	E001-302	40,644.80	S/ 35,767.80	7	E001-305	41,561.60	S/ 17,505.16	8	E001-308	41,867.20	S/ 27,308.48			<b>S/ 303,459.80</b>	<b>S/ 190,768.04</b>	Orden Abonado	N.° Factura	Importe	Importe	0.00	E001-304	S/ 31,008.00	S/	0.00	E001-307	S/ 27,759.00	S/		E001-309	S/ 34,020.00			E001-310	S/ 28,526.40			E001-311	S/ 25,116.00			E001-312	S/ 25,116.00				<b>S/ 171,545.40</b>		<table><tr><td>E001-57</td><td>5,586.38</td><td>4,916.38</td></tr><tr><td>E001-58</td><td>104,852.36</td><td>91,350.04</td></tr><tr><td>E001-54</td><td>5,047.40</td><td>4,441.40</td></tr><tr><td>E001-53</td><td>127,824.33</td><td>103,184.30</td></tr><tr><td>E001-16</td><td>33,996.85</td><td>29,916.85</td></tr><tr><td>E001-14</td><td>93,587.74</td><td>56,632.34</td></tr><tr><td>E001-6</td><td>98,611.82</td><td>61,054.42</td></tr><tr><td>E001-4</td><td>94,772.48</td><td>57,675.08</td></tr><tr><td>E001-3</td><td>86,285.94</td><td>50,207.54</td></tr><tr><td>E001-3</td><td>86,285.94</td><td>50,207.54</td></tr><tr><td></td><td><b>S/ 852,384.56</b></td><td><b>S/ 603,167.88</b></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">90% Participación</td><td><b>S/ 542,851.09</b></td></tr></table> <p>Nota: con relación a la factura E001-005, está ilegible el importe del abono en el estado de cuenta.</p> <p>Experiencia presentada por consorciado CENTRO RENAL SAN MARTIN</p> <p>- Contrato N.° 0015-2022-SIS-FISSAL por la contratación del servicio de atención ambulatoria integral del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis en la provincia de Moyobamba del departamento de San Martín, suscrito por el CENTRO RENAL SAN MARTIN. Acredita el pago con las siguientes facturas:</p> <table><tr><th>No Contratación</th><th>N.° Factura</th><th>Importe</th><th>Importe Abonado</th></tr><tr><td>2.00</td><td>E001-1456</td><td>127,139.15</td><td>86,455.65</td></tr><tr><td>3.00</td><td>E001-1543</td><td>172,830.82</td><td>132,147.32</td></tr><tr><td>4.00</td><td>E001-1628</td><td>185,355.32</td><td>144,485.84</td></tr><tr><td>5.00</td><td>E001-2072</td><td>197,665.94</td><td>156,982.44</td></tr><tr><td>6.00</td><td>E001-2103</td><td>217,953.31</td><td>177,269.81</td></tr><tr><td>7.00</td><td>E001-2029</td><td>218,546.09</td><td>177,862.00</td></tr><tr><td>8.00</td><td>E001-2167</td><td>200,147.01</td><td>159,463.59</td></tr><tr><td colspan="3"></td><td><b>S/ 1,034,666.65</b></td></tr></table>	E001-57	5,586.38	4,916.38	E001-58	104,852.36	91,350.04	E001-54	5,047.40	4,441.40	E001-53	127,824.33	103,184.30	E001-16	33,996.85	29,916.85	E001-14	93,587.74	56,632.34	E001-6	98,611.82	61,054.42	E001-4	94,772.48	57,675.08	E001-3	86,285.94	50,207.54	E001-3	86,285.94	50,207.54		<b>S/ 852,384.56</b>	<b>S/ 603,167.88</b>				90% Participación		<b>S/ 542,851.09</b>	No Contratación	N.° Factura	Importe	Importe Abonado	2.00	E001-1456	127,139.15	86,455.65	3.00	E001-1543	172,830.82	132,147.32	4.00	E001-1628	185,355.32	144,485.84	5.00	E001-2072	197,665.94	156,982.44	6.00	E001-2103	217,953.31	177,269.81	7.00	E001-2029	218,546.09	177,862.00	8.00	E001-2167	200,147.01	159,463.59				<b>S/ 1,034,666.65</b>
Orden Abonado	N.° Factura	Importe	Importe																																																																																																																																																		
1	E001-289	18,030.00	S/ 6,331.68																																																																																																																																																		
2	E001-292	40,033.60	S/ 25,694.88																																																																																																																																																		
3	E001-294	43,089.00	S/ 28,383.88																																																																																																																																																		
4	E001-295	39,116.80	S/ 24,888.08																																																																																																																																																		
5	E001-298	39,116.80	S/ 24,888.08																																																																																																																																																		
6	E001-302	40,644.80	S/ 35,767.80																																																																																																																																																		
7	E001-305	41,561.60	S/ 17,505.16																																																																																																																																																		
8	E001-308	41,867.20	S/ 27,308.48																																																																																																																																																		
		<b>S/ 303,459.80</b>	<b>S/ 190,768.04</b>																																																																																																																																																		
Orden Abonado	N.° Factura	Importe	Importe																																																																																																																																																		
0.00	E001-304	S/ 31,008.00	S/																																																																																																																																																		
0.00	E001-307	S/ 27,759.00	S/																																																																																																																																																		
	E001-309	S/ 34,020.00																																																																																																																																																			
	E001-310	S/ 28,526.40																																																																																																																																																			
	E001-311	S/ 25,116.00																																																																																																																																																			
	E001-312	S/ 25,116.00																																																																																																																																																			
		<b>S/ 171,545.40</b>																																																																																																																																																			
E001-57	5,586.38	4,916.38																																																																																																																																																			
E001-58	104,852.36	91,350.04																																																																																																																																																			
E001-54	5,047.40	4,441.40																																																																																																																																																			
E001-53	127,824.33	103,184.30																																																																																																																																																			
E001-16	33,996.85	29,916.85																																																																																																																																																			
E001-14	93,587.74	56,632.34																																																																																																																																																			
E001-6	98,611.82	61,054.42																																																																																																																																																			
E001-4	94,772.48	57,675.08																																																																																																																																																			
E001-3	86,285.94	50,207.54																																																																																																																																																			
E001-3	86,285.94	50,207.54																																																																																																																																																			
	<b>S/ 852,384.56</b>	<b>S/ 603,167.88</b>																																																																																																																																																			
90% Participación		<b>S/ 542,851.09</b>																																																																																																																																																			
No Contratación	N.° Factura	Importe	Importe Abonado																																																																																																																																																		
2.00	E001-1456	127,139.15	86,455.65																																																																																																																																																		
3.00	E001-1543	172,830.82	132,147.32																																																																																																																																																		
4.00	E001-1628	185,355.32	144,485.84																																																																																																																																																		
5.00	E001-2072	197,665.94	156,982.44																																																																																																																																																		
6.00	E001-2103	217,953.31	177,269.81																																																																																																																																																		
7.00	E001-2029	218,546.09	177,862.00																																																																																																																																																		
8.00	E001-2167	200,147.01	159,463.59																																																																																																																																																		
			<b>S/ 1,034,666.65</b>																																																																																																																																																		

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

	<p>El postor no ha alcanzado el importe de experiencia requerido en las bases integradas.</p>	<p>Nota: se observa que las facturas presentadas no hacen referencia al contrato referido; sobre el particular las bases integradas consigan lo siguiente:</p> <p><i>“En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el <b>Anexo N° 8</b> referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad”</i></p> <p>Por tanto, se considerará cada factura como contratación independiente.</p> <p>Con relación a las facturas E001-1457, E001-1544, E001-1632, E001-2073, E001-2104, E001-2130 y E001-2168, estas no se consideran ya que no hacen referencia al servicio de hemodiálisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta Contrato N.° 001-2023-OGESS-AM, por el servicio de Hemodiálisis correspondientes al mes de febrero a noviembre de 2022 en el hospital II-1 de Moyobamba. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Cumplimiento de Prestación N. 049-2023, la misma que consigna un importe ejecutado de <b>S/435,200.00</b>.</li> <li>- Presenta CONTRATO N.° 008-2021-SIS-FISSAL/CP, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en la provincia de Moyobamba del departamento de San Martín por le importe de S/ 1158,300.00; Presenta adenda al contrato por el adicional de S/.289,575. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 028-2023-SIS-FISSAL, el mismo que consigna un monto ejecutado de <b>S/ 1'447,875.00</b></li> <li>- Presenta Contrato Complementario al CONTRATO N.° 008-2021-SIS-FISSAL/CP, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en la provincia de Moyobamba del departamento de San Martín. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 028-2023-SIS-FISSAL, el mismo que consigna un monto ejecutado de <b>S/.347,490.00</b>.</li> <li>- Presenta Orden de Servicio N.° 321- por servicio de hemodiálisis crónica, acreditando su cumplimiento mediante Constancia de cumplimiento de la prestación N° 050, que consigna el importe ejecutado de <b>S/.140,000.00</b>.</li> </ul>
--	---	---



**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta Contrato N.° 078-2024-2021-OGESS-AM, por le servicio de hemodiálisis para pacientes con insuficiencia renal en el hospital II-1 Moyobamba, distrito y provincia de Moyobamba – Región de San Martín. Acredita el pago mediante constancia de cumplimiento de la prestación N.° 048-2023, en que se consigna un importe de ejecución de <b>S/71,400.00.</b></li> <li>- Presenta Contrato N.° 003-2020-SIS-FISSAL/CD, por el de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis en las provincias de Alto mayo de la región de San Martín; Adenda al mismo contrato por adicional de S/64,300.00. Acredita el cumplimiento del contrato mediante Constancia de Prestaciones N.° 045-2021-SIS-FISSAL, en el que se consigna un importe de ejecución de <b>S/321,750.00.</b></li> </ul>
<b>SITUACIÓN</b>	<b>DESCALIFICADA</b>	<b>CALIFICADA</b>

**IV. ACUERDO TOMADO POR UNANIMIDAD:**

- 4.1** Teniendo conocimiento que las ofertas presentadas al ítem 1, 2, 3, 4 y 5 superan el valor estimado, se procederá con solicitar la reducción de las ofertas, en aplicación del numeral 68.3 del Art. 68 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del estado, el cual señala:

*68.3. En el supuesto que la oferta supere el valor estimado o valor referencial, el órgano a cargo del procedimiento de selección solicita al postor la reducción de su oferta económica, otorgándole un plazo máximo de dos (2) días hábiles, contados desde el día siguiente de la notificación de la solicitud. En ningún caso el valor estimado es puesto en conocimiento del postor.*

- 4.2** Por lo mencionado, el comité de selección, acuerda por unanimidad solicitar la reducción de las ofertas calificadas para el ítem 1, 2, 3, 4 y 5, en un plazo no mayor a un dos (02) días hábiles, en consecuencia, se suspende la sesión hasta cumplir el plazo otorgado, asimismo se procederá a postergar el cronograma del procedimiento de selección en el SEACE, de acuerdo a lo establecido anteriormente.
- 4.3** Autorizar al presidente del comité de selección a solicitar la reducción de ofertas según lo acordado en los numerales 4.1 y 4.2.

**ACTA N°02-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

Siendo las 12:45 horas del 11 de junio de 2024, se dio por concluida la sesión, firmando en señal de conformidad la presente acta.



---

Eder Cisneros Moya  
Presidente – Titular



---

Rosana Chaúd Covarrubias  
Primer Mie– Titular



---

Maria Cristina Nieto Rivera  
Segundo Miembro – Titular

**ACTA N°03-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

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

En el distrito de San Isidro, departamento de Lima, siendo las 14:00 horas del día 14 de junio de 2024, se reúnen los miembros del Comité de Selección, encargados de conducir el procedimiento en mención: Eder Cisneros Moya (Presidente – Titular), Rosana Claudia Chaud Covarrubias (Primer Miembro – Titular) y Maria Cristina Nieto Rivera (Segundo Miembro – Titular), a efectos de iniciar el proceso de revisión de las ofertas presentadas al Procedimiento de Selección **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1 “SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LA PROVINCIA DE CAJAMARCA DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA”**.

El presidente del Comité abre la sesión informando que conforme a lo acordado en el acta N.º 02 del presente procedimiento de selección, se solicitó la reducción de ofertas a los postores que presentaron ofertas a los ítems 1, 2, 3, 4 y 5.

Conforme a lo solicitado, los postores comunicaron la reducción de ofertas según el siguiente detalle:

ÍTEM	CANTIDAD DE PACIENTES MENSUAL	POSTOR	COSTO UNITARIO CON REDUCCION	COSTO TOTAL OFERTADO CON REDUCCIÓN
1	30	LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L.	S/ 330.75	S/ 4,643,730.00
2	30	CONSORCIO CAJAMARCA (conformado por CLINICA DEL RIÑON CAJAMARCA S.R.L., con RUC 20607942499 y CENTRO RENAL SAN MARTÍN S.A.C., con RUC 20602833772)	S/ 330.95	S/ 4,646,538.00
3	30	LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L.	S/ 330.75	S/ 4,643,730.00
4	30	Consortio NEFRO HEALTH (conformado por HEALTH MEDICA LABORAL S.A.C. con RUC 20608526511 y NEFROLIFE PERU S.A.C. con RUC 20603379081)	S/ 330.80	S/ 4,644,432.00
5	30	CONSORCIO CAJAMARCA (conformado por CLINICA DEL RIÑON CAJAMARCA S.R.L., con RUC 20607942499 y CENTRO RENAL SAN MARTÍN S.A.C., con RUC 20602833772)	S/ 330.95	S/ 4,646,538.00

Se precisa que los precios ofertados con reducción son inferiores al valor estimados de los cinco (05) ítems, por tanto, corresponde proceder conforme al numeral 76.1 del artículo 76 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

**ACTA N°03-2024**  
**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**  
**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 011-2024-SIS-FISSAL-1**

**IV. ACUERDO TOMADO POR UNANIMIDAD:**

**4.1** Otorgar la buena pro de los ítems 1, 2, 3, 4 y 5, conforme el siguiente detalle:

ÍTEM	CANTIDAD DE PACIENTES MENSUAL	POSTOR	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL ADJUDICADO
1	30	LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L.	S/ 330.75	S/ 4,643,730.00
2	30	CONSORCIO CAJAMARCA (conformado por CLINICA DEL RIÑON CAJAMARCA S.R.L., con RUC 20607942499 y CENTRO RENAL SAN MARTÍN S.A.C., con RUC 20602833772)	S/ 330.95	S/ 4,646,538.00
3	30	LAURENT CENTRO DE HEMODIALISIS E.I.R.L.	S/ 330.75	S/ 4,643,730.00
4	30	Consortio NEFRO HEALTH (conformado por HEALTH MEDICA LABORAL S.A.C. con RUC 20608526511 y NEFROLIFE PERU S.A.C. con RUC 20603379081)	S/ 330.80	S/ 4,644,432.00
5	30	CONSORCIO CAJAMARCA (conformado por CLINICA DEL RIÑON CAJAMARCA S.R.L., con RUC 20607942499 y CENTRO RENAL SAN MARTÍN S.A.C., con RUC 20602833772)	S/ 330.95	S/ 4,646,538.00

**4.2** Publicar en el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado – SEACE, los resultados de la presente acta.

Siendo las 15:06 horas del 14 de junio de 2024, se dio por concluida la sesión, firmando en señal de conformidad la presente acta.



Eder Cisneros Moya  
Presidente – Titular



Rosana Chaúd Covarrubias  
Primer Mie– Titular



Maria Cristina Nieto Rivera  
Segundo Miembro – Titular