

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN,
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LIMA METROPOLITANA NORTE”

En el distrito de San Isidro, departamento de Lima, siendo las 11:00 horas del día 28 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 – suplente), a efectos de iniciar el proceso de verificación de las ofertas presentadas al Procedimiento de Selección **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2 “SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LIMA METROPOLITANA NORTE”**.

En virtud de lo expuesto, con fecha 26 de julio 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	HZ ASOCIADOS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20600812140
	CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C.	20551492754
	CONSORCIO SAN MARTÍN - CENTRO NEFROLOGICO LOS CIPRESES SAC - CENTRO NEFROLOGICO FIORI SAC	20524061024 20602690238
	CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DE CHAPI S.A.C.	20392451839
2	HZ ASOCIADOS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	20600812140
	CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C.	20606960027
3	QUALI KAY S.A.C.	20608353896
	NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C.	20554731709
	CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA -CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C.	20551492754
4	QUALI KAY S.A.C.	20608353896
	NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C.	20554731709
	CONSORCIO SAN MARTÍN - CENTRO NEFROLOGICO LOS CIPRESES SAC - CENTRO NEFROLOGICO FIORI SAC	20524061024 20602690238
	QUALI KAY S.A.C.	20608353896
5	NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C.	20554731709
	CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C.	20606960027
	QUALI KAY S.A.C.	20608353896
6	NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C.	20554731709
	CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C.	20551492754
	CONSORCIO SAN MARTÍN - CENTRO NEFROLOGICO LOS CIPRESES SAC - CENTRO NEFROLOGICO FIORI SAC	20524061024 20602690238
	QUALI KAY S.A.C.	20608353896

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN,
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

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)

Se realizó la siguiente revisión:

REQUISITOS	POSTOR	ÍTEM 1				ÍTEM 2		ÍTEM 3		
		HZ ASOCIADOS S.A.C.	CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C	CONSORCIO SAN MARTÍN.	CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DE CHAPI S.A.C.	HZ ASOCIADOS S.A.C.	CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C.	QUALI KAY S.A.C.	NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C.	CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C
a)	Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N.º 1)	Cumple	Cumple	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	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	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	Cumple	Cumple
e)	Declaración Jurada de plazo de prestación del servicio (Anexo N° 4)	Cumple	Cumple	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	No aplica	Cumple	No aplica	No aplica	No aplica
g)	El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 06	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
CONDICIÓN		Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido

ACTA N°01-2024

**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN,
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

REQUISITOS	POSTOR	ÍTEM 4			ÍTEM 5			ÍTEM 6			
		QUALI KAY S.A.C.	NEFROVIDA LA FLORIDA S.A.C.	CONSORCIO SAN MARTÍN	QUALI KAY S.A.C.	NEFROVIDA LA FLORIDA S.A.C.	CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C.	QUALI KAY S.A.C.	NEFROVIDA LA FLORIDA S.A.C.	CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C.	CONSORCIO SAN MARTÍN
a)	<i>Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N.º 1)</i>	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
b)	<i>Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta</i>	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
c)	<i>Declaración Jurada de acuerdo con el literal b) del Art. 52° del Reglamento (Anexo N° 2)</i>	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
d)	<i>Declaración Jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de las Bases (Anexo N° 3)</i>	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
e)	<i>Declaración Jurada de plazo de prestación del servicio (Anexo N° 4)</i>	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
f)	<i>Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso. (Anexo N° 5)</i>	No aplica	No aplica	Cumple	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Cumple
g)	<i>El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 06</i>	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
CONDICIÓN		Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido	Admitido

Las ofertas presentadas al procedimiento han cumplido con acreditar fehaciente y objetivamente la presentación de los documentos solicitados en el numeral 2.2.1.1 del capítulo II de la sección específica de las bases del procedimiento de selección.

II. EVALUACIÓN DE OFERTA ADMITIDA

Se procede a evaluar 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°01-2024

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN,
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

ÍTEM	CANTIDAD DE PACIENTES MENSUAL	CANTIDAD	POSTOR	FACTORES DE EVALUACIÓN					PUNTAJE TOTAL	ORDEN DE PRELACION
				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	60	28,080	HZ ASOCIADOS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	303.00	8,508,240.00	71.79	NO PRESENTA	NO PRESENTA	71.79	4
			CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C.	233.89	6,567,631.20	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
			CONSORCIO SAN MARTÍN	270.50	7,595,640.00	80.41	NO PRESENTA	NO PRESENTA	80.41	3
			CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DE CHAPI S.A.C	255.00	7,160,400.00	85.30	NO PRESENTA	NO PRESENTA	85.30	2
2	60	28,080	HZ ASOCIADOS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	303.00	8,508,240.00	79.34	NO PRESENTA	NO PRESENTA	79.34	2
			CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C.	258.50	7,258,680.00	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
3	30	14,040	QUALI KAY S.A.C.	303.00	4,254,120.00	73.20	NO PRESENTA	NO PRESENTA	73.20	3
			NEFROVIDA LA FLORIDA S.A.C	279.50	3,924,180.00	79.35	NO PRESENTA	NO PRESENTA	79.35	2
			CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C.	238.49	3,348,399.60	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
4	30	14,040	QUALI KAY S.A.C.	303.00	4,254,120.00	79.80	NO PRESENTA	NO PRESENTA	79.80	3
			NEFROVIDA LA FLORIDA S.A.C.	260.00	3,650,400.00	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
			CONSORCIO SAN MARTÍN	270.50	3,797,820.00	89.39	NO PRESENTA	NO PRESENTA	89.39	2
5	30	14,040	QUALI KAY S.A.C.	303.00	4,254,120.00	79.34	NO PRESENTA	NO PRESENTA	79.34	3
			NEFROVIDA LA FLORIDA S.A.C.	279.50	3,924,180.00	86.01	NO PRESENTA	NO PRESENTA	86.01	2
			CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C.	258.50	3,629,340.00	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
6	30	14,040	QUALI KAY S.A.C.	303.00	4,254,120.00	74.89	NO PRESENTA	NO PRESENTA	74.89	4
			NEFROVIDA LA FLORIDA S.A.C.	260.00	3,650,400.00	87.27	NO PRESENTA	NO PRESENTA	87.27	2
			CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C.	244.00	3,425,760.00	93	NO PRESENTA	NO PRESENTA	93	1
			CONSORCIO SAN MARTÍN	270.50	3,797,820.00	83.88	NO PRESENTA	NO PRESENTA	83.88	3

**ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN,
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

El comité de selección, por unanimidad decide cerrar la presente sesión hasta la etapa de evaluación de ofertas, acordándose la postergación de la etapa de calificación de ofertas y otorgamiento de la buena pro para el 08 de julio del presente.

Siendo las 16:47 horas del 05 de julio 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 – Suplente

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LIMA METROPOLITANA NORTE”

En el distrito de San Isidro, departamento de Lima, siendo las 14:00 horas del día 08 de julio 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 Milagros Lopez Bocanegra (Segundo Miembro – Titular), a efectos de continuar con el proceso de verificación de las ofertas presentadas al Procedimiento de Selección **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2 “SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LIMA METROPOLITANA NORTE”**.

ORDEN DEL DÍA:

Con fecha del 28.06.2024, el comité de selección inició la verificación de las ofertas presentadas al Procedimiento de Selección **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2 “SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LIMA METROPOLITANA NORTE”**; por lo cual, mediante el Acta N°01, se detalló la etapa de admisión y evaluación de las Ofertas.

Por lo tanto, con la finalidad de continuar con el proceso de verificación de las ofertas presentadas al Procedimiento de Selección **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2 “SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LIMA METROPOLITANA NORTE”**; se procede con la etapa de calificación.

I. 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.

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN		ÍTEM 1																																					
		CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C.	CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DE CHAPI S.A.C																																				
A. CAPACIDAD LEGAL																																							
HABILITACIÓN																																							
		FOLIO 98-92	FOLIO 103-99																																				
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo. Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD <p>ACREDITACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes. Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio. 		<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de Resolución Administrativa N°143-2021-MINSA/DIRIS-LN/6 del 30 de Julio de 2021, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC N°20551492754 ubicado en Avenida LI. 8 MA. A Urbanización Santa Isolina III Etapa Av. Carabayllo, distrito Comas, provincia y departamento de Lima. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00017842, del establecimiento a CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC N°20551492754 ubicado en Avenida LI. 8 MA. A Urbanización Santa Isolina III Etapa Av. Carabayllo, distrito Comas, provincia y departamento de Lima, en condición de ACTIVO. 	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de Resolución Administrativa N°128-2021-MINSA/DIRIS-LN/6 con informe técnico N°142-2021-CTC-DMGS.DIRIS-LN de fecha 12 de julio de 2021, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DEL CHAPI S.A.C. con RUC 20392451839 ubicado en calle Bello Horizonte de Copacabana Manzana O Lote 1A-1B-1C distrito de Puente Piedra, provincia y departamento de Lima. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 000029947, del establecimiento CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DEL CHAPI S.A.C. ubicado en calle Bello Horizonte de Copacabana Manzana O Lote 1A-1B-1C distrito de Puente Piedra, provincia y departamento de Lima con RUC 20392451839, en condición de ACTIVO. 																																				
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL																																							
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO																																							
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis		FOLIO 90-64	FOLIO 96-88																																				
<p>REQUISITO:</p> <p>El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N° 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> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6</td> <td>60</td> <td>8</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8</td> <td>60</td> <td>8</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10</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 – Lima Metropolitana Norte 24-13</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 – Lima Metropolitana Norte 24-14</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> </tbody> </table>		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	1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12	2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12	3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	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 – Lima Metropolitana Norte 24-13	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 – Lima Metropolitana Norte 24-14	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	<p>SI CUMPLE (Acreditan 21 máquinas de hemodiálisis)</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de CONTRATO MARCO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS, SUMINISTRO DE INSUMOS Y PRESTACION DE SERVICIOS, suscrito entre FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. con RUC 20462793791 y CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC 20551492754, el cual señala que FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. distribuirá a favor del cliente los productos y servicios detallado en los anexos adjuntos. Asimismo, el anexo 3 adjunto, detalla el arrendamiento de 21 máquinas de hemodiálisis, de las series: OSXA1WRQ, OSXA1WRR OSXA1WRS, OSXA1WRT, OSXA1WSC, OSXA1WSD, OSXA1WSE, OSXA1WSF, OSXA1WSG, OSXA1WSH, OSXA1WSJ, OSXA1WSK, OSXA1WSL, OSXA1WSM, OSXA1WSN, OSXA1WSP, OSXA1WVQ, OSXA1WVR, 3SXA4EZ7, 3SXA4EZ8, 3SXA4EZ4. 	<p>SI CUMPLE (Acreditan 20 máquinas de hemodiálisis)</p> <ul style="list-style-type: none"> Presenta copia de CONTRATO DE ALQUILER MAQUINAS DE HEMODIALISIS celebrado entre CENTRO DE DIALISIS SAN FRANCISCO SAC con RUC 20553634475 y CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DE CHAPI SAC con RUC 20392451839, el cual señala dar el alquiler a favor de CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DE CHAPI SAC por 10 máquinas de hemodiálisis marca NIPRO modelo DIAMAX con números de serie J24128S, J24129S, J24130S, J24131S, J24132S, J24149S, J24150S, J24151S, J24152S, J24153S. Presenta copia de CONTRATO DE ALQUILER MAQUINAS DE HEMODIALISIS celebrado entre CENTRO DE DIALISIS COMAS SAC con RUC 20451495101 y CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DE CHAPI SAC con RUC 20392451839, el cual señala dar el alquiler a favor de CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DE CHAPI SAC por 09 máquinas de hemodiálisis marca NIPRO modelo DIAMAX con números de serie J24119S, J24120S, J24121S, J24122S, J24123S, J24124S, J24125S, J24126S, J24127S. Presenta copia de Factura electrónica N°F001-0069572 emitida por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DE CHAPI SAC por una máquina de hemodiálisis con serie J28989S.
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																																		
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12																																		
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12																																		
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	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 – Lima Metropolitana Norte 24-13	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 – Lima Metropolitana Norte 24-14	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																		

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

6	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-16	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>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>					
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL					
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO					
B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua					
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera. Filtro de carbón activado. Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>			<p>FOLIO 62-57</p> <p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de contrato privado de compra venta que contiene una transacción extrajudicial, celebrado entre la empresa FS INGENIERIA Y PROYECTOR EN AGUAS S.A.C. con RUC 20551931189 y la empresa CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC 20551492754, el cual señala que la empresa FS INGENIERIA Y PROYECTOR EN AGUAS S.A.C. se encuentra en la capacidad operativa de cubrir los requerimientos del cliente mediante la comercialización, instalación y operatividad de: 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. 	<p>FOLIO 63-59</p> <p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presenta copia de CONTRATO PRIVADO DE COMPRA VENTA QUE CONTIENE UNA TRANSACCION EXTRAJUDICIAL celebrado entre la empresa HIDROCYR COMPANY S.A.C. con RUC 20601865280 y CENTRO DE DIALISIS VIRGEN DE CHAPI S.A.C. con RUC 20392451839 el cual señala que la empresa HIDROCYR COMPANY S.A.C. se encuentra en la capacidad operativa de cubrir los requerimientos del cliente mediante la comercialización, instalación y operatividad de: 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 	
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD					
<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/2'000,000.00 (Dos millones con 00/100 soles) para el ítem 1 y 2, y S/1'000,000.00 (Un millón con 00/100 soles) para el ítem para el ítem 3, 4, 5 y 6; 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>ACREDITACIÓN:</p>			<p>FOLIO: 01-55</p> <p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presenta Anexo N° 08. Presenta CONTRATO N.° 012-2019-SIS-FISSAL/AS-II, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, por el importe contractual de S/8'360,092.00, suscrito el 03/05/2019. Acredita el cumplimiento a través de presentación de facturas sustentando su cancelación mediante reporte de estados de cuenta según se detalla: 	<p>FOLIO: 02-57</p> <p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presenta Anexo N.° 08 Presenta Contrato N.° 024-2022-SIS-FISSAL, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, con importe contractual de S/4'773,600.00, suscrito el 04/08/2022, con participación en consorcio del 95% según promesa formal de consorcio. Acredita el cumplimiento a través de presentación de facturas sustentando su cancelación mediante reporte de estados de cuenta según se detalla: 	

ACTA N°02-2024

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el **Anexo N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad

En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

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 **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

N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO
E001-76	S/ 289,029.59	S/ 190,037.19
E001-80	S/ 261,533.46	S/ 165,841.06
E001-83	S/ 266,471.55	S/ 166,852.15
E001-86	S/ 257,574.17	S/ 166,852.15
E001-89	S/ 277,291.27	S/ 179,707.87
E001-91	S/ 284,877.28	S/ 152,170.88
E001-94	S/ 291,838.79	S/ 192,509.39
E001-97	S/ 282,607.84	S/ 248,694.84
E001-100	S/ 271,094.09	S/ 238,563.09
E001-103	S/ 270,840.43	S/ 238,339.43
E001-106	S/ 280,965.48	S/ 247,250.48
E001-109	S/ 292,678.80	S/ 169,120.01
E001-112	S/ 271,045.46	S/ 199,501.65
E001-115	S/ 302,701.87	S/ 234,017.28
E001-118	S/ 269,015.17	S/ 236,734.17
E001-121	S/ 257,927.01	S/ 96,467.01
E001-124	S/ 296,228.78	S/ 260,681.78
E001-127	S/ 281,448.04	S/ 247,675.04
TOTAL, ABONO		S/ 3,631,015.47

N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO
E001-1	S/ 39,502.68	S/ 34,782.66
E001-7	S/ 81,183.78	S/ 50,263.83
E001-10	S/ 117,416.57	S/ 50,287.57
E001-14	S/ 261,542.40	S/ 177,091.40
E001-18	S/ 334,829.16	S/ 193,504.48
E001-22	S/ 347,041.54	S/ 252,357.54
E001-26	S/ 341,337.82	S/ 247,337.82
E001-30	S/ 373,939.49	S/ 264,963.84
E001-34	S/ 362,785.28	S/ 266,211.28
E001-38	S/ 385,563.07	S/ 286,256.07
E001-42	S/ 357,662.07	S/ 225,109.73
E001-46	S/ 367,476.58	S/ 323,379.58
E001-49	S/ 311,616.20	S/ 274,223.20
E001-53	S/ 372,000.47	S/ 293,143.26
E001-58	S/ 363,993.80	S/ 320,314.80
TOTAL, ABONO		S/ 3,259,227.06
95%		S/ 3,096,265.71

SITUACIÓN	CALIFICADA	CALIFICADA
------------------	-------------------	-------------------

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN						ÍTEM 2																											
						CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C.	HZ ASOCIADOS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA																										
A. CAPACIDAD LEGAL																																	
HABILITACIÓN																																	
REQUISITO: <ul style="list-style-type: none"> Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo. Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD ACREDITACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes. Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio. 						FOLIO 212-207 SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none"> Presenta copia de Resolución Administrativa N°039-2022-MINSA/DIRIS-LN/6 del 18 de marzo 2022, que resuelve otorgar clasificación como SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS al CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C. ubicado en Avenida Universitaria numero 9867 manzana B1 lote 6 Urbanización Asociación de Pobladores de la Urb. La Alborada 2da etapa, distrito de Comas, provincia y departamento de Lima, con RUC 20606960027. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00031323, del establecimiento CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C. ubicado en Avenida Universitaria numero 9867 manzana B1 lote 6 Urbanización Asociación de Pobladores de la Urb. La Alborada 2da etapa, distrito de Comas, provincia y departamento de Lima, con RUC 20606960027, en condición de ACTIVO. 		FOLIO 24-29 SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de Resolución Administrativa N°059-2023-MINSA/DIRIS-LN/6 del 24 de marzo de 2023, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a HZ MEDIC INDEPENDENCIA ubicado en Calle calle, número 2, manzana E, lote 23-24, distrito Independencia, provincia y departamento de Lima. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 000026984, del establecimiento con razón social HZ ASOCIADOS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA y nombre comercial HZ MEDIC INDEPENDENCIA ubicado en Calle calle, número 2, manzana E, lote 23-24, distrito Independencia, provincia y departamento de Lima con RUC 20600812140, en condición de ACTIVO. 																									
						B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL																											
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO																																	
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis																																	
REQUISITO: El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:						FOLIO 205-177 SI CUMPLE (Acreditan 20 máquinas de hemodiálisis)		FOLIO 32-58 SI CUMPLE (Acreditan 21 máquinas de hemodiálisis)																									
<table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6</td> <td>60</td> <td>8</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8</td> <td>60</td> <td>8</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10</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> </tbody> </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 – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12	2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12	3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	- Presenta copia de factura electrónica F001-0052754 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU, a favor de CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C. por la compra de 20 máquinas de hemodiálisis Diamax, de las series: J24579S, J24593S, J24583S, J24582S, J24580S, J24571S, J24576S, J24572S, J24581S, J24585S, J24578S, J24574S, J24584S, J24570S, J24575S, J24594S, J24573S, J24577S, J24816S, J24817S. Asimismo, adjuntan la minuta de contrato de compra venta de bienes muebles y garantía mobiliaria, que detalla la compra de 20 máquinas de hemodiálisis. Además, el certificado de entrega de equipos.		- Presenta copia de CONTRATO MARCO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS, SUMINISTRO DE INSUMOS Y PRESTACION DE SERVICIOS N°00035479.0 celebrado entre FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. con RUC 20462793791 y HZ ASOCIADOS S.A.C. con RUC 20600812140 que incluye el alquiler de 21 máquinas de hemodiálisis con series 9SXA0VOE, 9SXA0VOF, 9SXA0VOG, 9SXA0VOH, 9SXA0VOJ, 9SXA0VOK, 9SXA0VOL, 9SXA0VOM, 9SXA0VON, 9SXA0VOP, 9SXA0VOQ, 9SXA0VOR, 9SXA0VOS, 9SXA0VOT, 9SXA0VOU, 9SXA0VOV, 9SXA0VOW, 9SXA0VOX, 9SXA0VOY, 3SXA4EX7, 3SXA4EX8.	
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 – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12																												
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12																												
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																												

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

4	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-13	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 – Lima Metropolitana Norte 24-14	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8
6	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-16	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>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>					
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL					
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO					
B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua					
			FOLIO 153-130	FOLIO 60-64	
REQUISITO:			SI CUMPLE	NO CUMPLE	
<ul style="list-style-type: none"> Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera. Filtro de carbón activado. Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>			<ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de minuta de contrato de compra-venta de bienes muebles y garantía mobiliaria, celebrado entre NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU con RUC 20504312403 y el CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C. con RUC 20606960027, con el objeto de regular la venta de un sistema de tratamiento de agua purificada por osmosis inversa de doble paso. Presentan constancia de instalación de la plata de tratamiento de agua, emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU, el cual señala que se ha realizado el servicio de instalación de la plata de agua a la empresa CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C. ubicado en Avenida Universitaria numero 9867 	<ul style="list-style-type: none"> Presenta copia de factura N°000926 emitida por HIDROCYR COMPANY SAC a favor de HZ ASOCIADOS SAC por SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA PURIFICADA POR OSMOSIS INVERSA DE UN SOLO PASO. Presenta documento titulado: “Especificaciones Técnicas de los equipos del sistema de tratamiento de agua purificada – HZ asociados (Independencia)”, el cual cuenta solo con el visto bueno del postor; por lo cual, correspondería a una declaración jurada. Por lo tanto, el mencionado documento, no corresponde a un documento que acredite la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico. 	

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

	<p>manzana B1 lote 6 Urb. La Alborada 2da etapa, distrito de Comas, 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 5um, entre otros.</p>	<p>- Por lo tanto, el postor, no presenta los 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 de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. - Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera. - Filtro de carbón activado. - Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. 																																																
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD																																																		
<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/2'000,000.00 (Dos millones con 00/100 soles) para el ítem 1 y 2, y S/1'000,000.00 (Un millón con 00/100 soles) para el ítem para el ítem 3, 4, 5 y 6; por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p>ACREDITACIÓN: La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago , correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de</p>	<p>FOLIO: 03-128</p> <p style="text-align: center;">SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta Anexo N.° 08 - Presenta Contrato N.° 019-2022-SIS-FISSAL, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, por el importe contractual de S/5'177,250.00, suscrito el 20/07/2022; en participación en consorcio con el 95% según promesa formal de consorcio. Acredita el cumplimiento mediante cuya cancelación se ha acreditado mediante reporte de estado de cuenta, según se detalla: <table border="1" data-bbox="907 794 1321 1364"> <thead> <tr> <th>N.° FACTURA</th> <th>IMPORTE DE FACTURA</th> <th>IMPORTE ABONADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>E001-1</td><td>S/ 24,360.45</td><td>S/ 21,437.45</td></tr> <tr><td>E001-2</td><td>S/ 6,190.50</td><td>S/ 5,448.60</td></tr> <tr><td>E001-5</td><td>S/ 168,584.35</td><td>S/ 100,561.02</td></tr> <tr><td>E001-6</td><td>S/ 7,682.30</td><td>S/ 6,761.30</td></tr> <tr><td>E001-9</td><td>S/ 198,959.64</td><td>S/ 117,559.64</td></tr> <tr><td>E001-10</td><td>S/ 3,608.11</td><td>S/ 3,176.11</td></tr> <tr><td>E001-13</td><td>S/ 201,255.15</td><td>S/ 119,580.15</td></tr> <tr><td>E001-14</td><td>S/ 2,940.90</td><td>S/ 2,588.90</td></tr> <tr><td>E001-15</td><td>S/ 468.00</td><td>S/ 412.00</td></tr> <tr><td>E001-18</td><td>S/ 208,509.11</td><td>S/ 125,963.11</td></tr> <tr><td>E001-19</td><td>S/ 5,083.69</td><td>S/ 4,473.69</td></tr> <tr><td>E001-22</td><td>S/ 275,513.50</td><td>S/ 159,322.41</td></tr> <tr><td>E001-23</td><td>S/ 8,987.50</td><td>S/ 7,909.50</td></tr> <tr><td>E001-26</td><td>S/ 258,828.00</td><td>S/ 170,244.00</td></tr> <tr><td>E001-27</td><td>S/ 7,405.50</td><td>S/ 6,517.50</td></tr> </tbody> </table>	N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO	E001-1	S/ 24,360.45	S/ 21,437.45	E001-2	S/ 6,190.50	S/ 5,448.60	E001-5	S/ 168,584.35	S/ 100,561.02	E001-6	S/ 7,682.30	S/ 6,761.30	E001-9	S/ 198,959.64	S/ 117,559.64	E001-10	S/ 3,608.11	S/ 3,176.11	E001-13	S/ 201,255.15	S/ 119,580.15	E001-14	S/ 2,940.90	S/ 2,588.90	E001-15	S/ 468.00	S/ 412.00	E001-18	S/ 208,509.11	S/ 125,963.11	E001-19	S/ 5,083.69	S/ 4,473.69	E001-22	S/ 275,513.50	S/ 159,322.41	E001-23	S/ 8,987.50	S/ 7,909.50	E001-26	S/ 258,828.00	S/ 170,244.00	E001-27	S/ 7,405.50	S/ 6,517.50	<p>FOLIO: 066- 77</p> <p style="text-align: center;">NO CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta Anexo N.° 08 - Presenta Contrato de Procedimiento Especial de Contratación N°001-2016-ESSALUD/GCL, por el servicio de atención ambulatoria de hemodiálisis convencional si rehusó para paciente asegurados y derechohabientes de ESSALUD. - No presenta la respectiva conformidad o constancia de prestación, del contrato presentado.
N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO																																																
E001-1	S/ 24,360.45	S/ 21,437.45																																																
E001-2	S/ 6,190.50	S/ 5,448.60																																																
E001-5	S/ 168,584.35	S/ 100,561.02																																																
E001-6	S/ 7,682.30	S/ 6,761.30																																																
E001-9	S/ 198,959.64	S/ 117,559.64																																																
E001-10	S/ 3,608.11	S/ 3,176.11																																																
E001-13	S/ 201,255.15	S/ 119,580.15																																																
E001-14	S/ 2,940.90	S/ 2,588.90																																																
E001-15	S/ 468.00	S/ 412.00																																																
E001-18	S/ 208,509.11	S/ 125,963.11																																																
E001-19	S/ 5,083.69	S/ 4,473.69																																																
E001-22	S/ 275,513.50	S/ 159,322.41																																																
E001-23	S/ 8,987.50	S/ 7,909.50																																																
E001-26	S/ 258,828.00	S/ 170,244.00																																																
E001-27	S/ 7,405.50	S/ 6,517.50																																																

ACTA N°02-2024

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

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 **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

E001-32	S/ 249,415.31	S/ 87,790.29
E001-33	S/ 6,346.79	S/ 5,585.79
E001-34	S/ 275,048.25	S/ 156,619.73
E001-35	S/ 3,587.00	S/ 3,157.00
E001-36	S/ 1,260.00	S/ 1,109.00
E001-40	S/ 257,155.00	S/ 168,681.00
E001-41	S/ 4,159.40	S/ 3,660.40
E001-44	S/ 275,534.95	S/ 242,379.95
E001-45	S/ 5,129.80	S/ 4,513.80
E001-48	S/ 269,642.32	S/ 212,098.54
E001-49	S/ 10,210.80	S/ 8,985.80
E001-52	S/ 13,278.65	S/ 11,685.65
E001-53	S/ 266,311.10	S/ 234,354.10
TOTAL		S/ 1,992,576.43
95%		S/ 1,892,947.61

- Presenta Contrato N°021-2022-SIS-FISSAL, por la atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, por el monto contractual de S/5´245,746.48, suscrito el 22.07.2022; con participación en consorcio con el 90% según promesa formal de consorcio, fecha de suscripción Acredita el cumplimiento mediante la presentación de facturas que sustentan el pago mediante reporte de estado de cuenta, según se detalla:

N.º FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO
E001-3	S/ 1,275.28	S/ 1,122.28
E001-4	S/ 442.00	S/ 389.00
E001-7	S/ 29,712.69	S/ 22,910.29
E001-8	S/ 2,651.30	S/ 2,333.30
E001-11	S/ 60,769.72	S/ 53,477.72
E001-12	S/ 3,141.10	S/ 2,765.10
E001-16	S/ 77,209.16	S/ 9,658.09
E001-17	S/ 2,012.40	S/ 1,771.40
E001-20	S/ 76,863.98	S/ 9,353.91
E001-21	S/ 856.80	S/ 753.80
E001-24	S/ 212,544.89	S/ 95,304.71

ACTA N°02-2024

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

	E001-25	S/ 10,449.20	S/ 9,195.20	
	E001-28	S/ 269,414.14	S/ 140,721.26	
	E001-29	S/ 2,570.20	S/ 2,262.20	
	E001-30	S/ 247,163.00	S/ 110,627.86	
	E001-31	S/ 8,574.20	7546.2	
	E001-37	S/ 269,308.70	S/ 123,882.71	
	E001-38	S/ 2,612.12	S/ 2,298.12	
	E001-39	S/ 2,193.81	S/ 1,930.81	
	E001-42	S/ 256,619.67	S/ 167,539.60	
	E001-43	S/ 4,140.56	S/ 3,644.56	
	E001-46	S/ 277,021.10	S/ 185,492.03	
	E001-47	S/ 3,604.82	S/ 3,171.82	
	E001-50	S/ 266,960.06	S/ 162,866.37	
	E001-51	S/ 8,492.25	S/ 7,473.25	
	E001-54	S/ 115,045.54	S/ 101,240.54	
	E001-55	S/ 155,848.72	S/ 137,147.72	
	E001-56	S/ 4,410.50	S/ 3,881.50	
	TOTAL		S/ 1,370,761.35	
	90%		S/ 1,233,685.22	
SITUACIÓN	CALIFICADA		DESCALIFICADA	

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN						ÍTEM 3																																											
						CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C																																										
A. CAPACIDAD LEGAL						CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C.																																											
HABILITACIÓN																																																	
REQUISITO: <ul style="list-style-type: none"> Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo. Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD ACREDITACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes. Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio. 						FOLIO 98-92	FOLIO 010-019																																										
						SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de Resolución Administrativa N°143-2021-MINSA/DIRIS-LN/6 del 30 de Julio de 2021, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC N°20551492754 ubicado en Avenida Ll. 8 MA. A Urbanización Santa Isolina III Etapa Av. Carabayllo, distrito Comas, provincia y departamento de Lima. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00017842, del establecimiento a CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC N°20551492754 ubicado en Avenida Ll. 8 MA. A Urbanización Santa Isolina III Etapa Av. Carabayllo, distrito Comas, provincia y departamento de Lima, en condición de ACTIVO. 		SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de Resolución Administrativa N°16-2021-MINSA/DIRIS-LN/6 del 27 de enero de 2021, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00017972, del establecimiento NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima, en condición de ACTIVO. 																																									
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL																																																	
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO																																																	
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis						FOLIO 90-64	FOLIO 022-048																																										
REQUISITO: El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:						SI CUMPLE (Acreditan 21 máquinas de hemodiálisis)																																											
<table border="1"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6</td> <td>60</td> <td>8</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8</td> <td>60</td> <td>8</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10</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 – Lima Metropolitana Norte 24-13</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 – Lima Metropolitana Norte 24-14</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>6</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-16</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> </tbody> </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 – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12	2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12	3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	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 – Lima Metropolitana Norte 24-13	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 – Lima Metropolitana Norte 24-14	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	6	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-16	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	SI CUMPLE (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																																												
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12																																												
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12																																												
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	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 – Lima Metropolitana Norte 24-13	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 – Lima Metropolitana Norte 24-14	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																												
6	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-16	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																												
Presentan copia de CONTRATO MARCO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS, SUMINISTRO DE INSUMOS Y PRESTACION DE SERVICIOS, suscrito entre FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. con RUC 20462793791 y CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC 20551492754, el cual señala que FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. distribuirá a favor del cliente los productos y servicios detallado en los anexos adjuntos. Asimismo, el anexo 3 adjunto, detalla el arrendamiento de 21 máquinas de hemodiálisis, de las series: OSXA1WRQ, OSXA1WRR, OSXA1WRS, OSXA1WRT, OSXA1WSC, OSXA1WSD, OSXA1WSE, OSXA1WSF, OSXA1WSG, OSXA1WSH, OSXA1WSJ, OSXA1WSK, OSXA1WSL, OSXA1WSM, OSXA1WSN, OSXA1WSP, OSXA1WVQ, OSXA1WVR, 3SXA4EZ7, 3SXA4EZ8, 3SXA4E4A.						Presenta copia de Factura electrónica N°F001-0035002 emitida por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. por 18 máquinas de diálisis con series J19681S, J19680S, J19679S, J19678S, J19677S, J19676S, J19675S, J19674S, J19673S, J19672S, J19671S, J19670S, J19669S, J19668S, J19667S, J19666S, J19665S, J19664S.																																											
Presenta copia de compromiso de compra venta de máquina de hemodiálisis celebrado entre NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU con RUC 20504312403 y NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709, de 02 máquinas de hemodiálisis de la marca NIPRO modelo Diamax, de las series: J33122S, J33151S.																																																	

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

<p>(a) Una máquina de hemodiálisis solo puede atender un paciente por turno, en una secuencia. Considerando que exista cuatro turnos de atención (mayor demanda) en dos secuencias, el máximo de pacientes atendidos por una máquina es de ocho (08).</p> <p>(b) En caso el postor presente su oferta a más de un ítem, deberá presentar su oferta respetando la capacidad de atención a pacientes, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 845-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis", considerando que la cantidad de máquinas que debe contar la IPRESS es el siguiente: hasta cinco (05) máquinas de hemodiálisis por módulo (la IPRESS debe contar con 3 módulos de atención como máximo), una (01) máquina de emergencia por cada 1 ó 2 módulos, una (01) máquina de soporte técnico por cada 1 ó 2 módulos, una (01) máquina de cebado y una (01) máquina en el local aislado. Asimismo, si la IPRESS cuenta con tres (03) módulos de atención de cinco (05) puestos de hemodiálisis, el o los puestos de hemodiálisis en el local aislado formaran parte de los tres (03) módulos.</p> <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>		
<p>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</p>		
<p>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</p>		
<p>B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua</p>	<p>FOLIO 62-57</p>	<p>FOLIO 051-053</p>
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. • Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera. • Filtro de carbón activado. • Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. • Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentan copia de contrato privado de compra venta que contiene una transacción extrajudicial, celebrado entre la empresa FS INGENIERIA Y PROYECTOR EN AGUAS S.A.C. con RUC 20551931189 y la empresa CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC 20551492754, el cual señala que la empresa FS INGENIERIA Y PROYECTOR EN AGUAS S.A.C. se encuentra en la capacidad operativa de cubrir los requerimientos del cliente mediante la comercialización, instalación y operatividad de: 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. 	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentan copia de carta de operatividad y buen funcionamiento, emitido por HIDROCYR COMPANY S.A.C. con RUC 20601865280, el cual señala que HIDROCYR COMPANY S.A.C. garantiza que todos los equipos en la sala de tratamiento de agua de la NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima, 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 5um, entre otros. - Presenta copia de factura electrónica N°005527 emitido por AQUATROL PERÚ S.A.C., a favor de NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. por la compra de un equipo de osmosis inversa, filtro de carbón activado, equipo ablandador, entre otros.
<p>C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</p>		
<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/2'000,000.00 (Dos millones con 00/100 soles) para el ítem 1 y 2, y S/1'000,000.00 (Un millón con 00/100 soles) para el ítem para el ítem 3, 4, 5 y 6; por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p>	<p>FOLIO: 01-55</p> <p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta Anexo N.° 08. - presenta CONTRATO N.° 012-2019-SIS-FISSAL/AS-II, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, por el importe contractual de S/8'360,092.00, suscrito el 03/05/2019. 	<p>FOLIO: 54-78</p> <p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta Anexo N.° 08 - Presenta facturas por servicio de hemodiálisis ambulatoria, acreditando su cancelación mediante reporte de estado de cuenta los cuales corresponden al año 2018 y 2019, según se detalla:

ACTA N°02-2024

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

ACREDITACIÓN:

La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el **Anexo N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad

En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

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 **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

Adenda N°01 al contrato N.° 012-2019-SIS-FISSAL/AS-II, del 25.06.2021. Acredita el cumplimiento a través de presentación de facturas sustentando su cancelación mediante reporte de estados de cuenta según se detalla:

N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO
E001-76	S/ 289,029.59	S/ 190,037.19
E001-80	S/ 261,533.46	S/ 165,841.06
E001-83	S/ 266,471.55	S/ 166,852.15
E001-86	S/ 257,574.17	S/ 166,852.15
E001-89	S/ 277,291.27	S/ 179,707.87
E001-91	S/ 284,877.28	S/ 152,170.88
E001-94	S/ 291,838.79	S/ 192,509.39
E001-97	S/ 282,607.84	S/ 248,694.84
E001-100	S/ 271,094.09	S/ 238,563.09
E001-103	S/ 270,840.43	S/ 238,339.43
E001-106	S/ 280,965.48	S/ 247,250.48
E001-109	S/ 292,678.80	S/ 169,120.01
E001-112	S/ 271,045.46	S/ 199,501.65
E001-115	S/ 302,701.87	S/ 234,017.28
E001-118	S/ 269,015.17	S/ 236,734.17
E001-121	S/ 257,927.01	S/ 96,467.01
E001-124	S/ 296,228.78	S/ 260,681.78
E001-127	S/ 281,448.04	S/ 247,675.04
TOTAL, ABONO		S/ 3,631,015.47

N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO
E001-37	S/ 378,495.71	S/ 291,386.26
E001-43	S/ 353,392.64	S/ 330,673.69
E001-44	S/ 337,523.58	S/ 292,669.89
E001-49	S/ 360,886.66	S/ 329,698.83
E001-54 (*)	S/ 352,584.96	S/ 0.00
E001-97	S/ 404,455.17	S/ 373,017.70
E001-109	S/ 419,223.99	S/ 381,756.12
E001-129	S/ 401,395.83	S/ 283,662.45
E001-131	S/ 403,600.51	S/ 302,777.10
E001-134	S/ 399,268.81	S/ 246,511.47
E001-140	S/ 372,055.62	S/ 270,095.03
TOTAL, ABONO		S/ 3,102,248.54

(*) De acuerdo al estado de cuenta que acredita la cancelación, es superior al importe facturado, siendo incongruente, por tanto, no se toma en cuenta para la calificación.

SITUACIÓN	CALIFICADA	CALIFICADA
------------------	-------------------	-------------------

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN	ÍTEM 4		
	NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C	CONSORCIO SAN MARTÍN	QUALI KAY S.A.C.
A. CAPACIDAD LEGAL HABILITACIÓN			
	FOLIO 010-019	FOLIO 185-170	FOLIO 24-29
	SI CUMPLE	NO CUMPLE	SI CUMPLE
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo. Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD <p>ACREDITACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes. Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio. 	<p>- Presentan copia de Resolución Administrativa N°16-2021-MINSA/DIRIS-LN/6 del 27 de enero de 2021, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima.</p> <p>- Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00017972, del establecimiento NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima, en condición de ACTIVO.</p>	<p>Promesa de consorcio (Anexo N°05) señala que los integrantes del consorcio San Martín conformado por -CENTRO NEFROLOGICO LOS CIPRESES SAC. y CENTRO NEFROLOGICO FIORI SAC., ambas se encuentran obligadas a ejecutar el servicio de atención ambulatoria integral del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis en la jurisdicción de Lima Metropolitana Norte.</p> <p>En ese sentido, se procede con la revisión de los documentos de la capacidad legal en el marco de las Bases Integradas del presente procedimiento de selección y de acuerdo a la Directiva N°005-2019-OSCE/CD; identificando que presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia de Resolución Administrativa N°105-2021-MINSA/DIRIS-LN/6 de junio de 2021, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS al CENTRO NEFROLOGICO FIORI S.A.C. ubicado en Avenida Miguel Angel número 153 piso 1 manzana p-1 lote 05 Urbanización Fiori, distrito de San Martín, provincia y departamento de Lima, con RUC 20602690238. Copia del RENIPRESS del CUI 00029778, del establecimiento CENTRO NEFROLOGICO FIORI S.A.C. ubicado en Avenida Miguel Angel número 153 piso 1 manzana p-1 lote 05 Urbanización Fiori, distrito de San Martín, provincia y departamento de Lima, con RUC 20602690238, en condición de ACTIVO. Copia de Resolución Administrativa N°367-2023-DMGS-DIRIS-LC del 23 de julio de 2023, que resuelve asignar la categoría de Servicio Médico de Apoyo – Hemodiálisis al CENTRO NEFROLOGICO LOS CIPRESES SAC con RUC 20524061024 con CUI 000010962, ubicado en la Av. Contralmirante Aurelio García y García N°1533, distrito, provincia y departamento de Lima. Copia del RENIPRESS del CUI 00010962, del establecimiento CENTRO NEFROLOGICO LOS CIPRESES SAC con RUC 20524061024 con CUI 000010962, ubicado en la Av. Contralmirante Aurelio García y García N°1533, distrito, provincia y departamento de Lima, en condición de ACTIVO. <p>En ese sentido, se identifica que uno de los consorciados no cumple con el requisito de capacidad legal; puesto que, el consorciado CENTRO NEFROLOGICO LOS CIPRESES SAC. cuenta con su IPRESS ubicada en el distrito de Cercado de Lima, no correspondiendo a la jurisdicción que se requiere en las Bases Administrativas (Lima Metropolitana Norte: incluye los distritos de Ancón, Carabayllo, Comas, Independencia, Los Olivos, Puente Piedra, San Martín de Porres y Santa Rosa), puesto que, en la promesa de consorcio, se obliga a ejecutar el servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Presenta copia de Resolución Administrativa N°120-2023-MINSA/DIRIS-LN/6 de 31 de agosto de 2023, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS al QUALI KAY S.A.C. ubicado en Avenida Buenos Aires, numero 167, distrito de Puente Piedra, Provincia y departamento de Lima, con RUC 20608353896. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00034056, del establecimiento QUALI KAY S.A.C. Avenida Buenos Aires, numero 167, distrito de Puente Piedra, Provincia y departamento de Lima, con RUC 20608353896, en condición de ACTIVO.

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL											
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO											
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis						FOLIO 022-048	FOLIO 167-117	FOLIO 32-58			
REQUISITO: El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:						SI CUMPLE (Acreditan 20 máquinas de hemodiálisis) Presenta copia de Factura electrónica N°F001-0035002 emitida por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. por 18 máquinas de diálisis con series J19681S, J19680S, J19679S, J19678S, J19677S, J19676S, J19675S, J19674S, J19673S, J19672S, J19671S, J19670S, J19669S, J19668S, J19667S, J19666S, J19665S, J19664S. Presenta copia de compromiso de compra venta de máquina de hemodiálisis celebrado entre NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU con RUC 20504312403 y NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709, de 02 máquinas de hemodiálisis de la marca NIPRO modelo Diamax, de las series: J33122S, J33151S.		SI CUMPLE (Acreditan 20 máquinas de hemodiálisis) - Presentan copia de Factura electrónica F001-0045332 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor del CENTRO NEFROLOGICO FIORI S.A.C. por la compra de 09 máquinas de hemodiálisis Diamax; de las siguientes series: J22935S, J22934S, J22933S, J22932S, J22909S, J22928S, J22929S, J22930S, J22931S. Asimismo, la copia de contrato. - Presentan copia de Factura electrónica F001-0043278 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor del CENTRO NEFROLOGICO FIORI S.A.C. por la compra de 08 máquinas de hemodiálisis Diamax; de las siguientes series: J19282S, J19283S, J19284S, J22345S, J22346S, J22347S, J22348S, J22349S. Asimismo, la copia de contrato. - Presenta copia de contrato de alquiler de bien mueble con reserva de dominio a favor de NIPRO, suscrito entre NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU con RUC 20504312403 y CENTRO NEFROLOGICO FIORI S.A.C. 20602690238, el cual señala que NIRPRO da en alquiler al favor del CENTRO NEFROLOGICO FIORI S.A.C. 03 máquinas de hemodiálisis de la marca NIRPO modelo Diamax, de las series: J9782S, J9785S, J9793S.		SI CUMPLE (Acreditan 21 máquinas de hemodiálisis) - Presentan copia de CONTRATO MARCO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS, SUMINISTRO DE INSUMOS Y PRESTACION DE SERVICIOS, suscrito entre FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. con RUC 20462793791 y QUALI KAY S.A.C. con RUC 20608353896, el cual señala que FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. distribuirá a favor del cliente los productos y servicios detallado en los anexos adjuntos. Asimismo, el anexo 2 adjunto, detalla el arrendamiento de 21 máquinas de hemodiálisis, de las series: 3SXA4EWL, 3SXA4EWN, 3SA4EWN, 3SXA4EWP, 3SXA4EX6, 2SXA4EX9, 3SXA4EXA, 3SXA4EXB, 3SXA4EXC, 3SXA4EXD, 3SXA4EXH, 3SXA4EXJ, 3SXA4EXK, 3SXA4EXL, 3SXA4EXN, 3SXA4EXQ, 3SXA4EXR, 3SXA4EXS, 3SXA4EVQ, 3SXA4EVR, 3SXA4EVS.	
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 – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12						
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12						
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	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 – Lima Metropolitana Norte 24-13	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 – Lima Metropolitana Norte 24-14	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8						
6	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-16	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8						

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

<p>(a) Una máquina de hemodiálisis solo puede atender un paciente por turno, en una secuencia. Considerando que exista cuatro turnos de atención (mayor demanda) en dos secuencias, el máximo de pacientes atendidos por una máquina es de ocho (08).</p> <p>(b) En caso el postor presente su oferta a más de un ítem, deberá presentar su oferta respetando la capacidad de atención a pacientes, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 845-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis", considerando que la cantidad de máquinas que debe contar la IPRESS es el siguiente: hasta cinco (05) máquinas de hemodiálisis por módulo (la IPRESS debe contar con 3 módulos de atención como máximo), una (01) máquina de emergencia por cada 1 ó 2 módulos, una (01) máquina de soporte técnico por cada 1 ó 2 módulos, una (01) máquina de cebado y una (01) máquina en el local aislado. Asimismo, si la IPRESS cuenta con tres (03) módulos de atención de cinco (05) puestos de hemodiálisis, el o los puestos de hemodiálisis en el local aislado formaran parte de los tres (03) módulos.</p> <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>			
<p>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</p>			
<p>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</p>			
<p>B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua</p>	<p>FOLIO 051-053</p>	<p>FOLIO 104-94</p>	<p>FOLIO 60-67</p>
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. • Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera. • Filtro de carbón activado. • Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. • Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentan copia de carta de operatividad y buen funcionamiento, emitido por HIDROCYR COMPANY S.A.C. con RUC 20601865280, el cual señala que HIDROCYR COMPANY S.A.C. garantiza que todos los equipos en la sala de tratamiento de agua de la NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima, 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 5um, entre otros. - Presenta copia de factura electrónica N°005527 emitido por AQUATROL PERÚ S.A.C., a favor de NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. por la compra de 	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentan copia de contrato privado de compra venta; celebrado por la empresa FS INGENIERIA Y PROYECTOS EN AGUAS S.A.C. (AQUAPROJECT) con RUC 20551931189 y el CENTRO NEFROLOGICO FIORI S.A.C. con RUC 20602690238, el cual señala que la empresa AQUAPROJEC se encuentra en la capacidad operativa de cubrir los requerimientos del cliente mediante la comercialización, instalación y operatividad de: 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 FS INGENIERIA Y PROYECTOS EN AGUAS SAC, el cual señala que garantizan la operatividad del sistema de tratamiento de agua por osmosis inversa las cuales son propiedad del CENTRO NEFROLOGICO FIORI S.A.C. contando con 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. 	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentan copia de contrato privado de compraventa de maquinaria; celebrado por la empresa HZ ASOCIADOS S.A.C. con RUC 20600812140 y el QUALI KAY S.A.C. con RUC 20608353896, el cual señala que la empresa HZ ASOCIADOS S.A.C da en venta real y enajenación perpetua el sistema de tratamiento de agua purificada por osmosis inversa de doble paso, el cual detalla 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.

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

	<p>un equipo de osmosis inversa, filtro de carbón activado, equipo ablandador, entre otros.</p>																																									
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD																																										
<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/2'000,000.00 (Dos millones con 00/100 soles) para el ítem 1 y 2, y S/1'000,000.00 (Un millón con 00/100 soles) para el ítem para el ítem 3, 4, 5 y 6; por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p>ACREDITACIÓN: La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p>	<p>FOLIO: 54-78</p> <p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta Anexo N.° 08 - Presenta facturas por servicio de hemodiálisis ambulatoria, acreditando su cancelación mediante reporte de estado de cuenta los cuales corresponden al año 2018 y 2019, según se detalla: <table border="1" data-bbox="683 726 1070 1276"> <thead> <tr> <th>N.° FACTURA</th> <th>IMPORTE DE FACTURA</th> <th>IMPORTE ABONADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>E001-37</td> <td>S/ 378,495.71</td> <td>S/ 291,386.26</td> </tr> <tr> <td>E001-43</td> <td>S/ 353,392.64</td> <td>S/ 330,673.69</td> </tr> <tr> <td>E001-44</td> <td>S/ 337,523.58</td> <td>S/ 292,669.89</td> </tr> <tr> <td>E001-49</td> <td>S/ 360,886.66</td> <td>S/ 329,698.83</td> </tr> <tr> <td>E001-54 (*)</td> <td>S/ 352,584.96</td> <td>S/ 0.00</td> </tr> <tr> <td>E001-97</td> <td>S/ 404,455.17</td> <td>S/ 373,017.70</td> </tr> <tr> <td>E001-109</td> <td>S/ 419,223.99</td> <td>S/ 381,756.12</td> </tr> <tr> <td>E001-129</td> <td>S/ 401,395.83</td> <td>S/ 283,662.45</td> </tr> <tr> <td>E001-131</td> <td>S/ 403,600.51</td> <td>S/ 302,777.10</td> </tr> <tr> <td>E001-134</td> <td>S/ 399,268.81</td> <td>S/ 246,511.47</td> </tr> <tr> <td>E001-140</td> <td>S/ 372,055.62</td> <td>S/ 270,095.03</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTAL, ABONO</td> <td>S/ 3,102,248.54</td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) De acuerdo al estado de cuenta que acredita la cancelación, es superior al importe facturado,</p>	N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO	E001-37	S/ 378,495.71	S/ 291,386.26	E001-43	S/ 353,392.64	S/ 330,673.69	E001-44	S/ 337,523.58	S/ 292,669.89	E001-49	S/ 360,886.66	S/ 329,698.83	E001-54 (*)	S/ 352,584.96	S/ 0.00	E001-97	S/ 404,455.17	S/ 373,017.70	E001-109	S/ 419,223.99	S/ 381,756.12	E001-129	S/ 401,395.83	S/ 283,662.45	E001-131	S/ 403,600.51	S/ 302,777.10	E001-134	S/ 399,268.81	S/ 246,511.47	E001-140	S/ 372,055.62	S/ 270,095.03	TOTAL, ABONO		S/ 3,102,248.54	<p>FOLIO: 01 - 086</p> <p>NO CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta Anexo N.° 08 - Presenta Contrato N.° 025-2022-SIS-FISSAL, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, dicha experiencia ha sido presentada en consorcio, sin embargo, se observa que no ha adjuntado el contrato de consorcio y/o promesa formal de consorcio (*) <p>(*) Sobre lo observado, las bases integradas establecen que "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>En virtud de ello, no corresponde validar la experiencia, ya que no ha adjuntado la promesa formal de consorcio y/o contrato de consorcio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta contrato del Procedimiento Especial de Contratación N.° 01-2016-ESSALUD/GCL, por el servicio de atención ambulatoria de hemodiálisis convencional sin rehúso, suscrito el 27.03.2017. Asimismo, presenta la Adenda N°01 al contrato N.°01-2016-ESSALUD/GCL suscrito el 25.03.2019. Acredita el cumplimiento mediante la presentación de facturas del folio 46 al 28, de los cuales se observa lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> o Factura N.° 001-1522 – folio 41, contiene datos ilegibles que no permiten identificar los datos del servicio, por tanto, no es posible validarlo. o Factura N.° 001-1524 – folio 40, contiene datos ilegibles que no permiten identificar los datos del servicio, por tanto, no es posible validarlo. o Para acreditar la cancelación de los comprobantes de pago, presentan reportes de estado de cuenta (desde el folio 27 al 4), sin embargo, en estos no se identifica a que factura pertenece, por tanto, no es posible validar la experiencia. 	<p>FOLIO 69-70</p> <p>NO CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta anexo N°8 - No presentan documentos que acreditan la experiencia del postor en la especialidad: 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.
N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO																																								
E001-37	S/ 378,495.71	S/ 291,386.26																																								
E001-43	S/ 353,392.64	S/ 330,673.69																																								
E001-44	S/ 337,523.58	S/ 292,669.89																																								
E001-49	S/ 360,886.66	S/ 329,698.83																																								
E001-54 (*)	S/ 352,584.96	S/ 0.00																																								
E001-97	S/ 404,455.17	S/ 373,017.70																																								
E001-109	S/ 419,223.99	S/ 381,756.12																																								
E001-129	S/ 401,395.83	S/ 283,662.45																																								
E001-131	S/ 403,600.51	S/ 302,777.10																																								
E001-134	S/ 399,268.81	S/ 246,511.47																																								
E001-140	S/ 372,055.62	S/ 270,095.03																																								
TOTAL, ABONO		S/ 3,102,248.54																																								

ACTA N°02-2024

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

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

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN						ÍTEM 5	
						CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C.	NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C
A. CAPACIDAD LEGAL							
HABILITACIÓN							
						FOLIO 212-207	FOLIO 010-019
REQUISITO: <ul style="list-style-type: none"> Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo. Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD ACREDITACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes. Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio. 						SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none"> Presenta copia de Resolución Administrativa N°039-2022-MINSA/DIRIS-LN/6 del 18 de marzo 2022, que resuelve otorgar clasificación como SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS al CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C. ubicado en Avenida Universitaria numero 9867 manzana B1 lote 6 Urbanización Asociación de Pobladores de la Urb. La Alborada 2da etapa, distrito de Comas, provincia y departamento de Lima, con RUC 20606960027. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00031323, del establecimiento CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C. ubicado en Avenida Universitaria numero 9867 manzana B1 lote 6 Urbanización Asociación de Pobladores de la Urb. La Alborada 2da etapa, distrito de Comas, provincia y departamento de Lima, con RUC 20606960027, en condición de ACTIVO. 	SI CUMPLE <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de Resolución Administrativa N°16-2021-MINSA/DIRIS-LN/6 del 27 de enero de 2021, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00017972, del establecimiento NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima, en condición de ACTIVO.
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL							
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO							
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis						FOLIO 205-177	FOLIO 022-048
REQUISITO: El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:						SI CUMPLE (Acreditan 20 máquinas de hemodiálisis)	SI CUMPLE (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"> Presenta copia de factura electrónica F001-0052754 emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU, a favor de CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C. por la compra de 20 máquinas de hemodiálisis Diamax, de las series: J24579S, J24593S, J24583S, J24582S, J24580S, J24571S, J24576S, J24572S, J24581S, J24585S, J24578S, J24574S, J24584S, J24570S, J24575S, J24594S, J24573S, J24577S, J24816S, J24817S. Asimismo, adjuntan la minuta de contrato de compra venta de bienes muebles y garantía mobiliaria, que detalla la compra de 20 máquinas de hemodiálisis. Además, el certificado de entrega de equipos. 	<ul style="list-style-type: none"> Presenta copia de Factura electrónica N°F001-0035002 emitida por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. por 18 máquinas de diálisis con series J19681S, J19680S, J19679S, J19678S, J19677S, J19676S, J19675S, J19674S, J19673S, J19672S, J19671S, J19670S, J19669S, J19668S, J19667S, J19666S, J19665S, J19664S. Presenta copia de compromiso de compra venta de máquina de hemodiálisis celebrado entre NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU con RUC 20504312403 y NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709, de 02 máquinas de hemodiálisis de la marca NIPRO modelo Diamax, de las series: J33122S, J33151S.
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12		
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12		
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	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	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de	8		

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

	crónica estadio 5 en hemodiálisis - Lima Metropolitana Norte 24-13			puesto de emergencia y 1 en el local aislado	
5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis - Lima Metropolitana Norte 24-14	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8
6	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis - Lima Metropolitana Norte 24-16	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8

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

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

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. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL

B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO

B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua

	FOLIO 153-130	FOLIO 051-053
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera. Filtro de carbón activado. Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de minuta de contrato de compra-venta de bienes muebles y garantía mobiliaria, celebrado entre NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU con RUC 20504312403 y el CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C. con RUC 20606960027, con el objeto de regular la venta de un sistema de tratamiento de agua purificada por osmosis inversa de doble paso. Presentan constancia de instalación de la plata de tratamiento de agua, emitido por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU, el cual señala que se ha realizado el servicio de instalación de la plata de agua a la empresa CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C. ubicado en Avenida Universitaria numero 9867 manzana B1 lote 6 Urb. La Alborada 2da etapa, distrito de Comas, que incluye los siguientes equipos: Filtro de sedimentos, dos 	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de carta de operatividad y buen funcionamiento, emitido por HIDROCYR COMPANY S.A.C. con RUC 20601865280, el cual señala que HIDROCYR COMPANY S.A.C. garantiza que todos los equipos en la sala de tratamiento de agua de la NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima, 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 5um, entre otros.

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

	<p>ablandadores alternados con tanque de salmuera para regeneración de resina, filtro de carbón activado, equipo de ósmosis inversa, filtro de hasta Sum, entre otros.</p>	<p>- Presenta copia de factura electrónica N°005527 emitido por AQUATROL PERÚ S.A.C., a favor de NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. por la compra de un equipo de osmosis inversa, filtro de carbón activado, equipo ablandador, entre otros.</p>																																																																																							
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD																																																																																									
<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/2'000,000.00 (Dos millones con 00/100 soles) para el ítem 1 y 2, y S/1'000,000.00 (Un millón con 00/100 soles) para el ítem para el ítem 3, 4, 5 y 6; por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p>ACREDITACIÓN: La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de</p>	<p>FOLIO: 03-128</p> <p style="text-align: center;">SI CUMPLE</p> <p>- Presenta Anexo N.° 08 - Presenta Contrato N.° 019-2022-SIS-FISSAL, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, por el importe contractual de S/5'177,250.00, suscrito el 20/07/2022; en participación en consorcio con el 95% según promesa formal de consorcio. Acredita el cumplimiento mediante cuya cancelación se ha acreditado mediante reporte de estado de cuenta, según se detalla:</p> <table border="1" data-bbox="907 794 1321 1364"> <thead> <tr> <th>N.° FACTURA</th> <th>IMPORTE DE FACTURA</th> <th>IMPORTE ABONADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>E001-1</td><td>S/ 24,360.45</td><td>S/ 21,437.45</td></tr> <tr><td>E001-2</td><td>S/ 6,190.50</td><td>S/ 5,448.60</td></tr> <tr><td>E001-5</td><td>S/ 168,584.35</td><td>S/ 100,561.02</td></tr> <tr><td>E001-6</td><td>S/ 7,682.30</td><td>S/ 6,761.30</td></tr> <tr><td>E001-9</td><td>S/ 198,959.64</td><td>S/ 117,559.64</td></tr> <tr><td>E001-10</td><td>S/ 3,608.11</td><td>S/ 3,176.11</td></tr> <tr><td>E001-13</td><td>S/ 201,255.15</td><td>S/ 119,580.15</td></tr> <tr><td>E001-14</td><td>S/ 2,940.90</td><td>S/ 2,588.90</td></tr> <tr><td>E001-15</td><td>S/ 468.00</td><td>S/ 412.00</td></tr> <tr><td>E001-18</td><td>S/ 208,509.11</td><td>S/ 125,963.11</td></tr> <tr><td>E001-19</td><td>S/ 5,083.69</td><td>S/ 4,473.69</td></tr> <tr><td>E001-22</td><td>S/ 275,513.50</td><td>S/ 159,322.41</td></tr> <tr><td>E001-23</td><td>S/ 8,987.50</td><td>S/ 7,909.50</td></tr> <tr><td>E001-26</td><td>S/ 258,828.00</td><td>S/ 170,244.00</td></tr> <tr><td>E001-27</td><td>S/ 7,405.50</td><td>S/ 6,517.50</td></tr> </tbody> </table>	N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO	E001-1	S/ 24,360.45	S/ 21,437.45	E001-2	S/ 6,190.50	S/ 5,448.60	E001-5	S/ 168,584.35	S/ 100,561.02	E001-6	S/ 7,682.30	S/ 6,761.30	E001-9	S/ 198,959.64	S/ 117,559.64	E001-10	S/ 3,608.11	S/ 3,176.11	E001-13	S/ 201,255.15	S/ 119,580.15	E001-14	S/ 2,940.90	S/ 2,588.90	E001-15	S/ 468.00	S/ 412.00	E001-18	S/ 208,509.11	S/ 125,963.11	E001-19	S/ 5,083.69	S/ 4,473.69	E001-22	S/ 275,513.50	S/ 159,322.41	E001-23	S/ 8,987.50	S/ 7,909.50	E001-26	S/ 258,828.00	S/ 170,244.00	E001-27	S/ 7,405.50	S/ 6,517.50	<p>FOLIO: 54-78</p> <p style="text-align: center;">SI CUMPLE</p> <p>- Presenta Anexo N.° 08 - Presenta facturas por servicio de hemodiálisis ambulatoria, acreditando su cancelación mediante reporte de estado de cuenta los cuales corresponden al año 2018 y 2019, según se detalla:</p> <table border="1" data-bbox="1400 678 1915 1228"> <thead> <tr> <th>N.° FACTURA</th> <th>IMPORTE DE FACTURA</th> <th>IMPORTE ABONADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>E001-37</td><td>S/ 378,495.71</td><td>S/ 291,386.26</td></tr> <tr><td>E001-43</td><td>S/ 353,392.64</td><td>S/ 330,673.69</td></tr> <tr><td>E001-44</td><td>S/ 337,523.58</td><td>S/ 292,669.89</td></tr> <tr><td>E001-49</td><td>S/ 360,886.66</td><td>S/ 329,698.83</td></tr> <tr><td>E001-54 (*)</td><td>S/ 352,584.96</td><td>S/ 0.00</td></tr> <tr><td>E001-97</td><td>S/ 404,455.17</td><td>S/ 373,017.70</td></tr> <tr><td>E001-109</td><td>S/ 419,223.99</td><td>S/ 381,756.12</td></tr> <tr><td>E001-129</td><td>S/ 401,395.83</td><td>S/ 283,662.45</td></tr> <tr><td>E001-131</td><td>S/ 403,600.51</td><td>S/ 302,777.10</td></tr> <tr><td>E001-134</td><td>S/ 399,268.81</td><td>S/ 246,511.47</td></tr> <tr><td>E001-140</td><td>S/ 372,055.62</td><td>S/ 270,095.03</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TOTAL, ABONO</td> <td style="text-align: center;">S/ 3,102,248.54</td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) De acuerdo al estado de cuenta que acredita la cancelación, es superior al importe facturado, siendo incongruente, por tanto, no se toma en cuenta para la calificación.</p>	N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO	E001-37	S/ 378,495.71	S/ 291,386.26	E001-43	S/ 353,392.64	S/ 330,673.69	E001-44	S/ 337,523.58	S/ 292,669.89	E001-49	S/ 360,886.66	S/ 329,698.83	E001-54 (*)	S/ 352,584.96	S/ 0.00	E001-97	S/ 404,455.17	S/ 373,017.70	E001-109	S/ 419,223.99	S/ 381,756.12	E001-129	S/ 401,395.83	S/ 283,662.45	E001-131	S/ 403,600.51	S/ 302,777.10	E001-134	S/ 399,268.81	S/ 246,511.47	E001-140	S/ 372,055.62	S/ 270,095.03	TOTAL, ABONO		S/ 3,102,248.54
N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO																																																																																							
E001-1	S/ 24,360.45	S/ 21,437.45																																																																																							
E001-2	S/ 6,190.50	S/ 5,448.60																																																																																							
E001-5	S/ 168,584.35	S/ 100,561.02																																																																																							
E001-6	S/ 7,682.30	S/ 6,761.30																																																																																							
E001-9	S/ 198,959.64	S/ 117,559.64																																																																																							
E001-10	S/ 3,608.11	S/ 3,176.11																																																																																							
E001-13	S/ 201,255.15	S/ 119,580.15																																																																																							
E001-14	S/ 2,940.90	S/ 2,588.90																																																																																							
E001-15	S/ 468.00	S/ 412.00																																																																																							
E001-18	S/ 208,509.11	S/ 125,963.11																																																																																							
E001-19	S/ 5,083.69	S/ 4,473.69																																																																																							
E001-22	S/ 275,513.50	S/ 159,322.41																																																																																							
E001-23	S/ 8,987.50	S/ 7,909.50																																																																																							
E001-26	S/ 258,828.00	S/ 170,244.00																																																																																							
E001-27	S/ 7,405.50	S/ 6,517.50																																																																																							
N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO																																																																																							
E001-37	S/ 378,495.71	S/ 291,386.26																																																																																							
E001-43	S/ 353,392.64	S/ 330,673.69																																																																																							
E001-44	S/ 337,523.58	S/ 292,669.89																																																																																							
E001-49	S/ 360,886.66	S/ 329,698.83																																																																																							
E001-54 (*)	S/ 352,584.96	S/ 0.00																																																																																							
E001-97	S/ 404,455.17	S/ 373,017.70																																																																																							
E001-109	S/ 419,223.99	S/ 381,756.12																																																																																							
E001-129	S/ 401,395.83	S/ 283,662.45																																																																																							
E001-131	S/ 403,600.51	S/ 302,777.10																																																																																							
E001-134	S/ 399,268.81	S/ 246,511.47																																																																																							
E001-140	S/ 372,055.62	S/ 270,095.03																																																																																							
TOTAL, ABONO		S/ 3,102,248.54																																																																																							

ACTA N°02-2024

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

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 **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

E001-32	S/ 249,415.31	S/ 87,790.29
E001-33	S/ 6,346.79	S/ 5,585.79
E001-34	S/ 275,048.25	S/ 156,619.73
E001-35	S/ 3,587.00	S/ 3,157.00
E001-36	S/ 1,260.00	S/ 1,109.00
E001-40	S/ 257,155.00	S/ 168,681.00
E001-41	S/ 4,159.40	S/ 3,660.40
E001-44	S/ 275,534.95	S/ 242,379.95
E001-45	S/ 5,129.80	S/ 4,513.80
E001-48	S/ 269,642.32	S/ 212,098.54
E001-49	S/ 10,210.80	S/ 8,985.80
E001-52	S/ 13,278.65	S/ 11,685.65
E001-53	S/ 266,311.10	S/ 234,354.10
TOTAL		S/ 1,992,576.43
95%		S/ 1,892,947.61

- Presenta Contrato N°021-2022-SIS-FISSAL, por la atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, por el monto contractual de S/5´245,746.48, suscrito el 22.07.2022; con participación en consorcio con el 90% según promesa formal de consorcio, fecha de suscripción Acredita el cumplimiento mediante la presentación de facturas que sustentan el pago mediante reporte de estado de cuenta, según se detalla:

N.º FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO
E001-3	S/ 1,275.28	S/ 1,122.28
E001-4	S/ 442.00	S/ 389.00
E001-7	S/ 29,712.69	S/ 22,910.29
E001-8	S/ 2,651.30	S/ 2,333.30
E001-11	S/ 60,769.72	S/ 53,477.72
E001-12	S/ 3,141.10	S/ 2,765.10
E001-16	S/ 77,209.16	S/ 9,658.09
E001-17	S/ 2,012.40	S/ 1,771.40
E001-20	S/ 76,863.98	S/ 9,353.91
E001-21	S/ 856.80	S/ 753.80
E001-24	S/ 212,544.89	S/ 95,304.71

ACTA N°02-2024

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

	E001-25	S/ 10,449.20	S/ 9,195.20	
	E001-28	S/ 269,414.14	S/ 140,721.26	
	E001-29	S/ 2,570.20	S/ 2,262.20	
	E001-30	S/ 247,163.00	S/ 110,627.86	
	E001-31	S/ 8,574.20	7546.2	
	E001-37	S/ 269,308.70	S/ 123,882.71	
	E001-38	S/ 2,612.12	S/ 2,298.12	
	E001-39	S/ 2,193.81	S/ 1,930.81	
	E001-42	S/ 256,619.67	S/ 167,539.60	
	E001-43	S/ 4,140.56	S/ 3,644.56	
	E001-46	S/ 277,021.10	S/ 185,492.03	
	E001-47	S/ 3,604.82	S/ 3,171.82	
	E001-50	S/ 266,960.06	S/ 162,866.37	
	E001-51	S/ 8,492.25	S/ 7,473.25	
	E001-54	S/ 115,045.54	S/ 101,240.54	
	E001-55	S/ 155,848.72	S/ 137,147.72	
	E001-56	S/ 4,410.50	S/ 3,881.50	
	TOTAL		S/ 1,370,761.35	
	90%		S/ 1,233,685.22	
SITUACIÓN	CALIFICADA		CALIFICADA	

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN						ÍTEM 6																															
						CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C.	NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C.																														
A. CAPACIDAD LEGAL HABILITACIÓN																																					
						FOLIO 98-92	FOLIO 010-019																														
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo. Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD <p>ACREDITACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes. Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio. 						<p style="text-align: center;">SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de Resolución Administrativa N°143-2021-MINSA/DIRIS-LN/6 del 30 de Julio de 2021, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC N°20551492754 ubicado en Avenida Ll. 8 MA. A Urbanización Santa Isolina III Etapa Av. Carabayllo, distrito Comas, provincia y departamento de Lima. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00017842, del establecimiento a CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC N°20551492754 ubicado en Avenida Ll. 8 MA. A Urbanización Santa Isolina III Etapa Av. Carabayllo, distrito Comas, provincia y departamento de Lima, en condición de ACTIVO. 	<p style="text-align: center;">SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de Resolución Administrativa N°16-2021-MINSA/DIRIS-LN/6 del 27 de enero de 2021, que resuelve otorgar la clasificación de SERVICIO MEDICO DE APOYO – HEMODIALISIS a NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima. Presentan copia del RENIPRESS del CUI 00017972, del establecimiento NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima, en condición de ACTIVO. 																														
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL																																					
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO																																					
B.1.1 Máquina de Hemodiálisis						FOLIO 90-64	FOLIO 022-048																														
<p>REQUISITO: El número de máquinas de hemodiálisis necesarias para la prestación del servicio es el siguiente:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>N° 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> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6</td> <td style="text-align: center;">60</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td style="text-align: center;">12</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8</td> <td style="text-align: center;">60</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td style="text-align: center;">12</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10</td> <td style="text-align: center;">30</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-13</td> <td style="text-align: center;">30</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>						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	1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12	2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12	3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	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 – Lima Metropolitana Norte 24-13	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8	<p style="text-align: center;">SI CUMPLE (Acreditan 21 máquinas de hemodiálisis)</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de CONTRATO MARCO DE ARRENDAMIENTO DE EQUIPOS, SUMINISTRO DE INSUMOS Y PRESTACION DE SERVICIOS, suscrito entre FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. con RUC 20462793791 y CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC 20551492754, el cual señala que FRESENIUS MEDICAL CARE DEL PERU S.A. distribuirá a favor del cliente los productos y servicios detallado en los anexos adjuntos. Asimismo, el anexo 3 adjunto, detalla el arrendamiento de 21 máquinas de hemodiálisis, de las series: OSXA1WRQ, OSXA1WRR OSXA1WRS, OSXA1WRW, OSXA1WSC, OSXA1WSD, OSXA1WSE, OSXA1WSF, OSXA1WSG, OSXA1WSH, OSXA1WSJ, OSXA1WSK, OSXA1WSL, OSXA1WSM, OSXA1WSN, OSXA1WSP, OSXA1WVQ, OSXA1WVR, 3SXAA4EZ7, 3SXAA4EZ8, 3SXAE4ZA. 	<p style="text-align: center;">SI CUMPLE (Acreditan 20 máquinas de hemodiálisis)</p> <ul style="list-style-type: none"> Presenta copia de Factura electrónica N°F001-0035002 emitida por NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU a favor de NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. por 18 máquinas de diálisis con series J19681S, J19680S, J19679S, J19678S, J19677S, J19676S, J19675S, J19674S, J19673S, J19672S, J19671S, J19670S, J19669S, J19668S, J19667S, J19666S, J19665S, J19664S. Presenta copia de compromiso de compra venta de máquina de hemodiálisis celebrado entre NIPRO MEDICAL CORPORATION SUCURSAL DEL PERU con RUC 20504312403 y NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709, de 02 máquinas de hemodiálisis de la marca NIPRO modelo Diamax, de las series: J33122S, J33151S.
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																																
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12																																
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	8	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	12																																
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	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 – Lima Metropolitana Norte 24-13	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8																																

ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2

5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-14	30	4	1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado	8
6	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-16	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>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p>					
B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL					
B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO					
B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua					
			FOLIO 62-57	FOLIO 051-053	
<p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expreso como dos, doble o twin), con tanque de salmuera. Filtro de carbón activado. Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>			<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de contrato privado de compra venta que contiene una transacción extrajudicial, celebrado entre la empresa FS INGENIERIA Y PROYECTOR EN AGUAS S.A.C. con RUC 20551931189 y la empresa CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA S.A.C. con RUC 20551492754, el cual señala que la empresa FS INGENIERIA Y PROYECTOR EN AGUAS S.A.C. se encuentra en la capacidad operativa de cubrir los requerimientos del cliente mediante la comercialización, instalación y operatividad de: Filtro de sedimentos, dos ablandadores alternados con tanque de salmuera para regeneración de resina, filtro de carbón activado, equipo de osmosis inversa, filtro de hasta 5um, entre otros. 	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> Presentan copia de carta de operatividad y buen funcionamiento, emitido por HIDROCYR COMPANY S.A.C. con RUC 20601865280, el cual señala que HIDROCYR COMPANY S.A.C. garantiza que todos los equipos en la sala de tratamiento de agua de la NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. con RUC N°20554731709 ubicado en Avenida Universitaria Cdra. 36 Mz. C, Lote 6, distrito de Los Olivos, provincia y departamento de Lima, 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 5um, entre otros. Presenta copia de factura electrónica N°005527 emitido por AQUATROL PERÚ S.A.C., a favor de NEFROVIDAD LA FLORIDA S.A.C. por la compra de un equipo de osmosis inversa, filtro de carbón activado, equipo ablandador, entre otros. 	
C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD					

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

<p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/2'000,000.00 (Dos millones con 00/100 soles) para el ítem 1 y 2, y S/1'000,000.00 (Un millón con 00/100 soles) para el ítem para el ítem 3, 4, 5 y 6; por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p>	<p>FOLIO: 01-55</p>	<p>FOLIO: 54-78</p>																																																																																																
<p>ACREDITACIÓN: La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados. En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato. 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 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.</p>	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta Anexo N° 08. - Presenta CONTRATO N.° 012-2019-SIS-FISSAL/AS-II, por el servicio de atención ambulatoria del asegurado al SIS con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis, por el importe contractual de S/8'360,092.00, suscrito el 03/05/2019. Acredita el cumplimiento a través de presentación de facturas sustentando su cancelación mediante reporte de estados de cuenta según se detalla: <table border="1" data-bbox="958 555 1442 1369"> <thead> <tr> <th>N.° FACTURA</th> <th>IMPORTE DE FACTURA</th> <th>IMPORTE ABONADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>E001-76</td><td>S/ 289,029.59</td><td>S/ 190,037.19</td></tr> <tr><td>E001-80</td><td>S/ 261,533.46</td><td>S/ 165,841.06</td></tr> <tr><td>E001-83</td><td>S/ 266,471.55</td><td>S/ 166,852.15</td></tr> <tr><td>E001-86</td><td>S/ 257,574.17</td><td>S/ 166,852.15</td></tr> <tr><td>E001-89</td><td>S/ 277,291.27</td><td>S/ 179,707.87</td></tr> <tr><td>E001-91</td><td>S/ 284,877.28</td><td>S/ 152,170.88</td></tr> <tr><td>E001-94</td><td>S/ 291,838.79</td><td>S/ 192,509.39</td></tr> <tr><td>E001-97</td><td>S/ 282,607.84</td><td>S/ 248,694.84</td></tr> <tr><td>E001-100</td><td>S/ 271,094.09</td><td>S/ 238,563.09</td></tr> <tr><td>E001-103</td><td>S/ 270,840.43</td><td>S/ 238,339.43</td></tr> <tr><td>E001-106</td><td>S/ 280,965.48</td><td>S/ 247,250.48</td></tr> <tr><td>E001-109</td><td>S/ 292,678.80</td><td>S/ 169,120.01</td></tr> <tr><td>E001-112</td><td>S/ 271,045.46</td><td>S/ 199,501.65</td></tr> <tr><td>E001-115</td><td>S/ 302,701.87</td><td>S/ 234,017.28</td></tr> <tr><td>E001-118</td><td>S/ 269,015.17</td><td>S/ 236,734.17</td></tr> <tr><td>E001-121</td><td>S/ 257,927.01</td><td>S/ 96,467.01</td></tr> <tr><td>E001-124</td><td>S/ 296,228.78</td><td>S/ 260,681.78</td></tr> <tr><td>E001-127</td><td>S/ 281,448.04</td><td>S/ 247,675.04</td></tr> </tbody> </table>	N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO	E001-76	S/ 289,029.59	S/ 190,037.19	E001-80	S/ 261,533.46	S/ 165,841.06	E001-83	S/ 266,471.55	S/ 166,852.15	E001-86	S/ 257,574.17	S/ 166,852.15	E001-89	S/ 277,291.27	S/ 179,707.87	E001-91	S/ 284,877.28	S/ 152,170.88	E001-94	S/ 291,838.79	S/ 192,509.39	E001-97	S/ 282,607.84	S/ 248,694.84	E001-100	S/ 271,094.09	S/ 238,563.09	E001-103	S/ 270,840.43	S/ 238,339.43	E001-106	S/ 280,965.48	S/ 247,250.48	E001-109	S/ 292,678.80	S/ 169,120.01	E001-112	S/ 271,045.46	S/ 199,501.65	E001-115	S/ 302,701.87	S/ 234,017.28	E001-118	S/ 269,015.17	S/ 236,734.17	E001-121	S/ 257,927.01	S/ 96,467.01	E001-124	S/ 296,228.78	S/ 260,681.78	E001-127	S/ 281,448.04	S/ 247,675.04	<p>SI CUMPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta Anexo N.° 08 - Presenta facturas por servicio de hemodiálisis ambulatoria, acreditando su cancelación mediante reporte de estado de cuenta los cuales corresponden al año 2018 y 2019, según se detalla: <table border="1" data-bbox="1480 483 1971 1034"> <thead> <tr> <th>N.° FACTURA</th> <th>IMPORTE DE FACTURA</th> <th>IMPORTE ABONADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>E001-37</td><td>S/ 378,495.71</td><td>S/ 291,386.26</td></tr> <tr><td>E001-43</td><td>S/ 353,392.64</td><td>S/ 330,673.69</td></tr> <tr><td>E001-44</td><td>S/ 337,523.58</td><td>S/ 292,669.89</td></tr> <tr><td>E001-49</td><td>S/ 360,886.66</td><td>S/ 329,698.83</td></tr> <tr><td>E001-54 (*)</td><td>S/ 352,584.96</td><td>S/ 0.00</td></tr> <tr><td>E001-97</td><td>S/ 404,455.17</td><td>S/ 373,017.70</td></tr> <tr><td>E001-109</td><td>S/ 419,223.99</td><td>S/ 381,756.12</td></tr> <tr><td>E001-129</td><td>S/ 401,395.83</td><td>S/ 283,662.45</td></tr> <tr><td>E001-131</td><td>S/ 403,600.51</td><td>S/ 302,777.10</td></tr> <tr><td>E001-134</td><td>S/ 399,268.81</td><td>S/ 246,511.47</td></tr> <tr><td>E001-140</td><td>S/ 372,055.62</td><td>S/ 270,095.03</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TOTAL, ABONO</td> <td>S/ 3,102,248.54</td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) De acuerdo al estado de cuenta que acredita la cancelación, es superior al importe facturado, siendo incongruente, por tanto, no se toma en cuenta para la calificación.</p>	N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO	E001-37	S/ 378,495.71	S/ 291,386.26	E001-43	S/ 353,392.64	S/ 330,673.69	E001-44	S/ 337,523.58	S/ 292,669.89	E001-49	S/ 360,886.66	S/ 329,698.83	E001-54 (*)	S/ 352,584.96	S/ 0.00	E001-97	S/ 404,455.17	S/ 373,017.70	E001-109	S/ 419,223.99	S/ 381,756.12	E001-129	S/ 401,395.83	S/ 283,662.45	E001-131	S/ 403,600.51	S/ 302,777.10	E001-134	S/ 399,268.81	S/ 246,511.47	E001-140	S/ 372,055.62	S/ 270,095.03	TOTAL, ABONO		S/ 3,102,248.54
N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO																																																																																																
E001-76	S/ 289,029.59	S/ 190,037.19																																																																																																
E001-80	S/ 261,533.46	S/ 165,841.06																																																																																																
E001-83	S/ 266,471.55	S/ 166,852.15																																																																																																
E001-86	S/ 257,574.17	S/ 166,852.15																																																																																																
E001-89	S/ 277,291.27	S/ 179,707.87																																																																																																
E001-91	S/ 284,877.28	S/ 152,170.88																																																																																																
E001-94	S/ 291,838.79	S/ 192,509.39																																																																																																
E001-97	S/ 282,607.84	S/ 248,694.84																																																																																																
E001-100	S/ 271,094.09	S/ 238,563.09																																																																																																
E001-103	S/ 270,840.43	S/ 238,339.43																																																																																																
E001-106	S/ 280,965.48	S/ 247,250.48																																																																																																
E001-109	S/ 292,678.80	S/ 169,120.01																																																																																																
E001-112	S/ 271,045.46	S/ 199,501.65																																																																																																
E001-115	S/ 302,701.87	S/ 234,017.28																																																																																																
E001-118	S/ 269,015.17	S/ 236,734.17																																																																																																
E001-121	S/ 257,927.01	S/ 96,467.01																																																																																																
E001-124	S/ 296,228.78	S/ 260,681.78																																																																																																
E001-127	S/ 281,448.04	S/ 247,675.04																																																																																																
N.° FACTURA	IMPORTE DE FACTURA	IMPORTE ABONADO																																																																																																
E001-37	S/ 378,495.71	S/ 291,386.26																																																																																																
E001-43	S/ 353,392.64	S/ 330,673.69																																																																																																
E001-44	S/ 337,523.58	S/ 292,669.89																																																																																																
E001-49	S/ 360,886.66	S/ 329,698.83																																																																																																
E001-54 (*)	S/ 352,584.96	S/ 0.00																																																																																																
E001-97	S/ 404,455.17	S/ 373,017.70																																																																																																
E001-109	S/ 419,223.99	S/ 381,756.12																																																																																																
E001-129	S/ 401,395.83	S/ 283,662.45																																																																																																
E001-131	S/ 403,600.51	S/ 302,777.10																																																																																																
E001-134	S/ 399,268.81	S/ 246,511.47																																																																																																
E001-140	S/ 372,055.62	S/ 270,095.03																																																																																																
TOTAL, ABONO		S/ 3,102,248.54																																																																																																

ACTA N°02-2024

**ACTA DE CALIFICACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO
ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N° 02-2024-SIS-FISSAL-2**

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo N° 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad	TOTAL, ABONO	S/ 3,631,015.47
SITUACIÓN	CALIFICADA	CALIFICADA

II. ACUERDO TOMADO POR UNANIMIDAD:

4.1 Se resuelve otorgar la buena pro según el siguiente detalle:

N.° Ítem	Detalle de Ítem	Cantidad de Pacientes	Nombre del Postor	Precio Unitario	Precio total
1	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-6	60	CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	S/ 233.89	S/ 6,567,631.20
2	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-8	60	CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C.	S/ 258.50	S/ 7,258,680.00
3	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-10	30	CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	S/ 238.49	S/ 3,348,399.60
4	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-13	30	NEFROVIDA LA FLORIDA S.A.C.	S/ 260.00	S/ 3,650,400.00
5	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-14	30	CENTRO DE DIALISIS LIMAMEDIC PERU S.A.C.	S/ 258.50	S/ 3,629,340.00
6	Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Lima Metropolitana Norte 24-16	30	CENTRO DE DIALISIS NEFROVIDA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	S/ 244.00	S/ 3,425,760.00

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

Siendo las 11:00 horas del 11 de julio 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 Mj – Titular



Milagros/Pilar Lopez Bocanegra
Segundo Miembro – Titular