

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

En el distrito de San Isidro, departamento de Lima, siendo las 13:50 horas del día 19 de mayo del 2023, se reúnen los miembros del Comité de Selección – encargados de conducir el procedimiento en mención: Eder Cisneros Moya (Presidente – Titular), Rosana Claudia Chaúd Covarrubias (Primer Miembro – Titular) y Erika Luz Salinas Vásquez (Segundo Miembro – Titular), a efectos de continuar con el proceso de evaluación de las ofertas presentadas al Procedimiento de Selección **“SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS EN LIMA METROPOLITANA CENTRO”**.

En virtud de lo expuesto, con fecha 15 de mayo del 2023 - según calendario registrado en el SEACE - se llevó a cabo el Acto de presentación de ofertas (vía electrónica):

| ÍTEM | POSTOR | RUC |
|------|---|-------------|
| 1 | SERVICIO MÉDICO RENAL CORAZÓN DE JESÚS S.A.C. | 20557300245 |
| | CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO SANTA ENA S.A. | 20138030726 |
| | CENTRO MÉDICO JESÚS MARÍA S.A.C. | 20508580062 |
| | NEFRODIAL S.A.C. | 20546692591 |
| 2 | SERVICIO MÉDICO RENAL CORAZÓN DE JESÚS S.A.C. | 20557300245 |
| | CENTRO MÉDICO JESÚS MARÍA S.A.C. | 20508580062 |
| | NEFRODIAL S.A.C. | 20546692591 |
| | NEPHRO CARE S.A.C. | 20513854031 |
| 3 | SERVICIO MÉDICO RENAL CORAZÓN DE JESÚS S.A.C. | 20557300245 |
| | CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO SANTA ENA S.A. | 20138030726 |
| | NEFRODIAL S.A.C. | 20546692591 |
| 4 | SERVICIO MÉDICO RENAL CORAZÓN DE JESÚS S.A.C. | 20557300245 |
| | NEFRODIAL S.A.C. | 20546692591 |
| | NEPHRO CARE S.A.C. | 20513854031 |

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:

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N.º 004-2023-SIS-FISSAL- Primera Convocatoria

| REQUISITOS | POSTOR | ÍTEM 1 | ÍTEM 2 | ÍTEM 3 | ÍTEM 4 | ÍTEM 1 | ÍTEM 3 | ÍTEM 1 | ÍTEM 2 | ÍTEM 2 | ÍTEM 4 | ÍTEM 1 | ÍTEM 2 | ÍTEM 3 | ÍTEM 4 |
|------------------|--|--|--------------------|--------------------|--------------------|--|-----------------|----------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | SERVICIO MÉDICO RENAL CORAZÓN DE JESÚS S.A.C | | | | CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO SANTA ENA S.A. | | CENTRO MÉDICO JESÚS MARÍA S.A.C. | | NEPHRO CARE S.A.C. | | NEFRODIAL S.A.C. | | | |
| a) | Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| b) | Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| c) | Declaración Jurada de acuerdo con el literal b) del Art. 52° del Reglamento (Anexo N° 2) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| d) | Declaración Jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de las Bases (Anexo N° 3) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| e) | Declaración Jurada de plazo de prestación del servicio (Anexo N° 4) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| f) | Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso. (Anexo N° 5) | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| g) | El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el Anexo N° 06 | No cumple | No cumple | No cumple | No cumple | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| CONDICIÓN | | NO ADMITIDA | NO ADMITIDA | NO ADMITIDA | NO ADMITIDA | ADMITIDA | ADMITIDA | ADMITIDA | ADMITIDA | ADMITIDA | ADMITIDA | ADMITIDA | ADMITIDA | ADMITIDA | ADMITIDA |

Durante la admisión de las ofertas, se evidenció que el postor SERVICIO MÉDICO RENAL CORAZÓN DE JESÚS S.A.C. presentó su expediente sin consignar en el “Concepto” el ítem al que corresponde el valor ofrecido; así mismo en los anexos 6 de las ofertas de los ítems 3 y 4 se señala un número de sesiones menor al solicitado. En consecuencia, las ofertas para los ítems 1,2,3 y 4 del puesto en mención NO SON ADMITIDAS.

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

II. EVALUACIÓN DE OFERTA ADMITIDA:

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

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N.º 004-2023-SIS-FISSAL- Primera Convocatoria

| ÍTEM | CANTIDAD DE PACIENTES MENSUAL | CANTIDAD | POSTOR | FACTORES DE EVALUACIÓN | | | | | | | | |
|------|-------------------------------|----------|--|-------------------------|----------------------|------------------|----------------------------------|------------------|---------------------------------------|------------------|---------------|--------------------|
| | | | | PRECIO (S/) | | | SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | | INTEGRIDAD EN LA CONTRATACIÓN PÚBLICA | | PUNTAJE TOTAL | ORDEN DE PRELACIÓN |
| | | | | COSTO UNITARIO OFERTADO | COSTO TOTAL OFERTADO | PUNTAJE (MAX 93) | PRESENTA | PUNTAJE (MAX 05) | PRESENTA | PUNTAJE (MAX 02) | | |
| 1 | 30 | 14040 | CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO SANTA ENA S.A. | 278.35 | 3,908,034.00 | 93.00 | No | 0 | NO | 0 | 93.00 | 1 |
| | 30 | 14040 | CENTRO MÉDICO JESÚS MARÍA S.A.C. | 289.00 | 4,057,560.00 | 89.57 | No | 0 | NO | 0 | 89.57 | 2 |
| | 30 | 14040 | NEFRODIAL S.A.C. | 320.00 | 4,492,800.00 | 80.90 | No | 0 | NO | 0 | 80.90 | 3 |
| 2 | 30 | 14040 | CENTRO MÉDICO JESÚS MARÍA S.A.C. | 289.50 | 4,064,580.00 | 89.79 | No | 0 | NO | 0 | 89.79 | 2 |
| | 30 | 14040 | NEFRODIAL S.A.C. | 320.00 | 4,492,800.00 | 81.23 | No | 0 | NO | 0 | 81.23 | 3 |
| | 30 | 14040 | NEPHRO CARE S.A.C. | 279.50 | 3,924,180.00 | 93.00 | No | 0 | NO | 0 | 93.00 | 1 |
| 3 | 30 | 14040 | CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO SANTA ENA S.A. | 278.35 | 3,908,034.00 | 93.00 | No | 0 | NO | 0 | 93.00 | 1 |
| | 30 | 14040 | NEFRODIAL S.A.C. | 320.00 | 4,492,800.00 | 80.90 | No | 0 | NO | 0 | 80.90 | 2 |
| 4 | 30 | 14040 | NEFRODIAL S.A.C. | 320.00 | 4,492,800.00 | 81.23 | No | 0 | NO | 0 | 81.23 | 2 |
| | 30 | 14040 | NEPHRO CARE S.A.C. | 279.50 | 3,924,180.00 | 93.00 | No | 0 | NO | 0 | 93.00 | 1 |

III. CALIFICACIÓN:

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

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

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

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

| DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN | | | | | | ITEM 1 | | |
|---|---|-------------------------------|---|---|--|--|--|---|
| | | | | | | CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO SANTA ENA S.A. | CENTRO MÉDICO JESÚS MARÍA S.A.C. | NEFRODIAL S.A.C. |
| A. CAPACIDAD LEGAL HABILITACIÓN | | | | | | FOLIO: 19-30 | FOLIO: 14-25 | FOLIO: 12-16 |
| 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 - Presenta Resolución Administrativa N°009-2020-DMGS-DIRIS-LC de fecha 06 de enero del 2020, con vigencia de 3 años. POR DECRETO SUPREMO N°032-2021-SA LA IPRESS TIENE UN PLAZO PARA CATEGORIZARSE O RECATEGORIZARSE HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023. - Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°8164 | SI CUMPLE - Presenta Resolución Administrativa N°035-2023-DMGS-DIRIS-LC de fecha 01 de marzo del 2023, con vigencia de 3 años. - Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°10145 | SI CUMPLE - Presenta Resolución Administrativa N°138-2021-DMGS-DIRIS-LC de fecha 09 de abril del 2021, con vigencia de 3 años. - Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°16350 |
| B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL | | | | | | FOLIO: 33-128 | FOLIO: 27-55 | FOLIO: 17-20 |
| B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO | | | | | | | | |
| B.1.1 Máquina de Hemodiálisis | | | | | | | | |
| REQUISITO: | | | | | | SI CUMPLE | SI CUMPLE | SI CUMPLE |
| 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 | Presentan: | Presentan: | Presentan: |
| 1 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | - Contrato marco de producto y/o servicios de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 8SXAOK57, 8SXAOK55, 8SXAOK5L. | - Contrato de alquiler de máquinas de hemodiálisis de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 2SXA3G0Q, 2SXA3G0R. | - Factura N°F001-0027144 de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo los n° de series: J126645, J12665S. |
| 2 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | - Contrato marco de producto y/o servicios de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 8SXAOK5A, 7SXAWD40, 7SXAWD41. | - Factura Electrónica N°F001-0007545 de 2 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: J12792S, J12793S. | - Factura N°F001-0050911 de 18 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: J24343S, J24344S, J24345S, J24346S, J24347S, J24348S, J24349S, J24350S, J24351S, J24352S, J24353S, J24354S, J24355S, J24357S, J24358S, J24359S, J24360S, J24361S. |
| 3 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | - Contrato marco de producto y/o servicios de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 9SXA1HPH, 9SXA1HPJ, 9SXA1HPL. | - Factura Electrónica N°F001-0012672 de 4 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: J13568S, J13851S, J14167S, J14167S. | - Factura Electrónica N°F001-0022983 de 1 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: J14841S. |
| 4 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | - Contrato marco de producto y/o servicios de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 9SXA1KVM, 9SXA1KVN, 9SXA1KVP. | - Compromiso de compra venta de máquina de hemodiálisis de 8 máquinas de hemodiálisis. | |
| 5 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | - Contrato de arrendamiento de máquinas de hemodiálisis de 8 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 2SXA9494, 2SXA9495, 3SXA256, 3SXA257, 2SXA1131, 8SXA0EFJ, 8SXA0EFM, 8SXA0CVC. | | |
| (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 | | | | | | | | |

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N.º 004-2023-SIS-FISSAL- Primera Convocatoria

| | | | |
|--|--|--|--|
| 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: 130-141 | FOLIO: 57-62 | FOLIO: 41-42 |
| REQUISITO: <ul style="list-style-type: none"> • Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. • Dos (02)ablandadores o descalcificadores (expresocomodos, doble o twin), con tanque de salmuera. • Filtro de carbón activado. • Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. • Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. 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. | SI CUMPLE Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido. | SI CUMPLE Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido. | SI CUMPLE Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido. |
| C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD | | | |
| REQUISITO: | FOLIO: 143-158 | FOLIO: 65-77 | FOLIO: 44-58 |

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N.º 004-2023-SIS-FISSAL- Primera Convocatoria

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta con 00/100 soles) al ítem que se presente (siendo los ítems 1, 2, 3, 4, y 5), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p>ACREDITACIÓN: La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de: (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados. En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato. 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 No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> | <p align="center">SI CUMPLE</p> <p>Presenta Constancia de Prestación N.º 058-2022-SIS-FISSAL y Contrato N.º 019-2019-SIS-FISSAL/AS II por el servicio de CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL ASEGURADO AL SIS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS</p> | <p align="center">SI CUMPLE</p> <p>Presenta Constancia de Prestaciones N.º 012-2022-SIS-FISSAL, Y Contrato N.º 019-2018-SIS-FISSAL, por el servicio de CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL ASEGURADO AL SIS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS</p> | <p align="center">SI CUMPLE</p> <p>Presenta Constancia de Prestaciones N.º 2022-2022-SIS-FISSAL, Y Contrato N.º 006-2019-SIS-FISSAL-AS-II, por el servicio de CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS ÍTEM - 14 LIMA METROPOLITANA SUR 4</p> |
| SITUACIÓN | CALIFICADA | CALIFICADA | CALIFICADA |
| DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN | ITEM 2 | | |
| A. CAPACIDAD LEGAL | CENTRO MÉDICO JESÚS MARÍA S.A.C. | NEFRODIAL S.A.C. | NEPHRO CARE S.A.C. |
| HABILITACIÓN | FOLIO: 14-25 | FOLIO: 12-16 | FOLIO: 15-20 |
| <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 align="center">SI CUMPLE</p> <p>- Presenta Resolución Administrativa N°035-2023-DMGS-DIRIS-LC de fecha 01 de marzo del 2023, con vigencia de 3 años. Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°10145</p> | <p align="center">SI CUMPLE</p> <p>- Presenta Resolución Administrativa N°138-2021-DMGS-DIRIS-LC de fecha 09 de abril del 2021, con vigencia de 3 años. - Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°16350</p> | <p align="center">SI CUMPLE</p> <p>- Presenta Resolución Administrativa N°250-2021-DMGS-DIRIS-LC de fecha 16 de junio del 2021, con vigencia de 3 años. - Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°10053</p> |
| B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL | | | |

| B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO | | | | | | FOLIO: 27-55 | FOLIO: 17-20 | FOLIO:22-37 |
|--|---|-------------------------------|---|---|--|--|--|---|
| B.1.1 Máquina de Hemodiálisis | | | | | | | | |
| REQUISITO: | | | | | | | | |
| Ítem | Descripción del servicio | Cantidad de pacientes mensual | Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a) | Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b) | Total de máquinas hemodiálisis obligat la cantidad de pa | | | |
| 1 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrato de alquiler de máquinas de hemodiálisis de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo los n° de series: 2SXA3G0Q, 2SXA3G0R. - Factura Electrónica N°F001-0007545 de 2 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: J12792S, J12793S. - Factura Electrónica N°F001-0012672 de 4 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: J13568S, J13851S, J14167S, J14167S. - Factura Electrónica N°F001-0022983 de 1 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: J14841S. - Compromiso de compra venta de máquina de hemodiálisis de 8 máquinas de hemodiálisis. | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factura N°F001-0027144 de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo los n° de series: J12664S, J12665S. - Factura N°F001-0050911 de 18 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: J24343S, J24344S, J24345S, J24346S, J24347S, J24348S, J24349S, J24350S, J24351S, J24352S, J24353S, J24354S, J24355S, J24357S, J24358S, J24359S, J24360S, J24361S. | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factura N°E001-2 de 6 máquinas de hemodiálisis, siendo los n° de series: 1SXA2KCU, 1SXA2KCV, 1SXA2KCW, 1SXA2KCC, 1SXA2KCY, 1SXA2KVE. - Factura N°E001-001 de 6 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: 1SXA2KCN, 1SXA2KCP, 1SXA2KCQ, 1SXA2KCR, 1SXA2KCS, 1SXA2KCT. |
| 2 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | | |
| 3 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | | |
| 4 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | | |
| 5 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | | |
| <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: 57-62 | FOLIO: 41-42 | FOLIO: 38-40 |
| REQUISITO: | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. • Dos (02)ablandadores o descalcificadores (expresocomodos, doble o twin), con tanque de salmuera. • Filtro de carbón activado. • Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. • Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> | | | | | | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> |
| C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD | | | | | | | | |

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N.º 004-2023-SIS-FISSAL- Primera Convocatoria

| | | | |
|---|--|-------------------|--|
| <p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta con 00/100 soles) al ítem que se presente (siendo los ítems 1, 2, 3, 4, y 5), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p>ACREDITACIÓN: La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de: (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados. En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato. 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 No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> | FOLIO: 65-77 | FOLIO: 44-58 | FOLIO: 41-49 |
| | <p align="center">SI CUMPLE</p> <p>Presenta Constancia de Prestaciones N.º 012-2022-SIS-FISSAL, Y Contrato N.º 019-2018-SIS-FISSAL, por el servicio de CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL ASEGUADO AL SIS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS</p> | SI CUMPLE | <p align="center">SI CUMPLE</p> <p>Presenta Constancia de Prestaciones N.º 2022-2022-SIS-FISSAL, Y Contrato N.º 006-2019-SIS-FISSAL-AS-II, por el servicio de CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS ÍTEM - 14 LIMA METROPOLITANA SUR 4</p> |
| SITUACIÓN | CALIFICADA | CALIFICADA | CALIFICADA |
| DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN | ITEM 3 | | |
| A. CAPACIDAD LEGAL | CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO SANTA ENA S.A. | | NEFRODIAL S.A.C. |
| HABILITACIÓN | | | |
| <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. | FOLIO: 19-30 | FOLIO: 12-16 | |
| | <p align="center">SI CUMPLE</p> <p>- Presenta Resolución Administrativa N°009-2020-DMGS-DIRIS-LC de fecha 06 de enero del 2020, con vigencia de 3 años. POR DECRETO SUPREMO N°032-2021-SA LA IPRESS TIENE UN PLAZO PARA CATEGORIZARSE O RECATEGORIZARSE HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023. Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°8164</p> | SI CUMPLE | <p align="center">SI CUMPLE</p> <p>- Presenta Resolución Administrativa N°138-2021-DMGS-DIRIS-LC de fecha 09 de abril del 2021, con vigencia de 3 años. - Presentan copia simple de la RENIPRESS con su CUI N°16350</p> |
| B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL | | | |
| B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| B.1.1 Máquina de Hemodiálisis | FOLIO: 33-128 | FOLIO: 17-20 | |

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N.º 004-2023-SIS-FISSAL- Primera Convocatoria

| REQUISITO: | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|--|---|--|--|
| Ítem | Descripción del servicio | Cantidad de pacientes mensual | Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a) | Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b) | Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes | | |
| 1 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | |
| 2 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | |
| 3 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | |
| 4 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | |
| 5 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | |
| <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>SI CUMPLE</p> <p>Presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrato marco de producto y/o servicios de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 8SXA0K57, 8SXA0K55, 8SXA0K5L. - Contrato marco de producto y/o servicios de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 8SXA0K5A, 7SXAWD40, 7SXAWD41. - Contrato marco de producto y/o servicios de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 9SXA1HPH, 9SXA1HPJ, 9SXA1HPL. - Contrato marco de producto y/o servicios de 3 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 9SXA1KVM, 9SXA1KVN, 9SXA1KVP. - Contrato de arrendamiento de máquinas de hemodiálisis de 8 máquinas de hemodiálisis, siendo los N° de series: 2SXA9494, 2SXA9495, 3SXAK256, 3SXAK257, 2SXA131, 8SXA0EFJ, 8SXA0EFM, 8SXA0CYC. - Contrato de suministro y prestación de servicios de 2 máquinas de hemodiálisis con N° de serie: 0SXA1WU0, 0SXA1WU1. | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factura N°F001-0027144 de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo los n° de series: J12664S, J12665S. - Factura N°F001-0050911 de 18 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: J24343S, J24344S, J24345S, J24346S, J24347S, J24348S, J24349S, J24350S, J24351S, J24352S, J24353S, J24354S, J24355S, J24357S, J24358S, J24359S, J24360S, J24361S. |
| B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL | | | | | | | |
| B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO | | | | | | | |
| B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua | | | | | | FOLIO: 130-141 | FOLIO: 41-42 |
| REQUISITO: | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. • Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expresocomodos, doble o twin), con tanque de salmuera. • Filtro de carbón activado. • Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. • Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> | | | | | | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> |
| C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD | | | | | | | |
| REQUISITO: | | | | | | FOLIO: 143-158 | FOLIO: 44-57 |

| | | |
|---|---|---|
| <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta con 00/100 soles) al ítem que se presente (siendo los ítems 1, 2, 3, 4, y 5), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p>ACREDITACIÓN: La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de: (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> <p>En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> <p>En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.</p> <p>En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.</p> <p>Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.</p> <p>Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.</p> <p>Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el Anexo N° 9.</p> <p>Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> | <p style="text-align: center;">SI CUMPLE</p> <p>Presenta Constancia de Prestación N.º 058-2022-SIS-FISSAL y Contrato N.º 019-2019-SIS-FISSAL/AS II por el servicio de CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL ASEGURADO AL SIS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS</p> | <p style="text-align: center;">SI CUMPLE</p> <p>Presenta Constancia de Prestaciones N.º 2022-2022-SIS-FISSAL, Y Contrato N.º 006-2019-SIS-FISSAL-AS-II, por el servicio de CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS ÍTEM - 14 LIMA METROPOLITANA SUR 4</p> |
| SITUACIÓN | CALIFICADA | CALIFICADA |

| DOCUMENTOS PARA ACREDITAR REQUISITOS DE CALIFICACIÓN | | | | | | ITEM 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----|---|--|---|---|---|-------------------------------|---|---|--|---|--|----|---|--|---|---|--|----|---|--|---|---|--|----|---|--|---|---|--|----|---|--|---|---|---|----|---|--|---|--------------|-------------|
| A. CAPACIDAD LEGAL HABILITACIÓN | | | | | | NEFRODIAL S.A.C. | NEPHRO CARE S.A.C. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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. | | | | | | FOLIO: 12-16 | FOLIO: 15-20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | SI CUMPLE | SI CUMPLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</p> <p>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</p> <p>B.1.1 Máquina de Hemodiálisis</p> <p>REQUISITO:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Ítem</th> <th style="width: 35%;">Descripción del servicio</th> <th style="width: 10%;">Cantidad de pacientes mensual</th> <th style="width: 10%;">Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a)</th> <th style="width: 15%;">Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b)</th> <th style="width: 25%;">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 – Piura 22-1</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;">2</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2</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;">3</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3</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 – Piura 22-4</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;">5</td> <td>Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17</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> <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:</p> <p>Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido</p> | | | | | | Ítem | Descripción del servicio | Cantidad de pacientes mensual | Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a) | Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b) | Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes | 1 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | 2 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | 3 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | 4 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | 5 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | FOLIO: 17-20 | FOLIO:22-37 |
| | | | | | | Ítem | Descripción del servicio | Cantidad de pacientes mensual | Cantidad mínima de máquinas para sesiones de hemodiálisis (a) | Cantidad mínima de máquinas para soporte técnico, cebado y emergencia y local aislado (b) | Total de máquinas de hemodiálisis obligatorias para la cantidad de pacientes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-1 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-2 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-3 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-4 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis – Piura 22-17 | 30 | 4 | 1 de soporte técnico, 1 de cebado, 1 de puesto de emergencia y 1 en el local aislado | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | SI CUMPLE | SI CUMPLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | <p>Presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factura N°F001-0027144 de 2 máquinas de hemodiálisis, siendo los n° de series: J12664S, J12665S. - Factura N°F001-0050911 de 18 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: J24343S, J24344S, J24345S, J24346S, J24347S, J24348S, J24349S, J24350S, J24351S, J24352S, J24353S, J24354S, J24355S, J24357S, J24358S, J24359S, J24360S, J24361S. | <p>Presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factura N°E001-2 de 6 máquinas de hemodiálisis, siendo los n° de series: 1SXA2KCU, 1SXA2KCV, 1SXA2KCW, 1SXA2KXC, 1SXA2KCY, 1SXA2KVE. Factura N°E001-1 de 6 máquinas de hemodiálisis de la marca Fresenius, siendo los n° de series: 1SXA2KCN, 1SXA2KCP, 1SXA2KCO, 1SXA2KCR, 1SXA2KCS, 1SXA2KCT. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ACTA DE ADMISIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA-HOMOLOGACIÓN N.º 004-2023-SIS-FISSAL- Primera Convocatoria

| | | |
|--|---|---|
| B. CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL | | |
| B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| B.1.2 Sistema de Tratamiento de Agua | FOLIO: 41-42 | FOLIO: 38-40 |
| <p>REQUISITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtro de sedimentos o multimedia o partículas. • Dos (02)ablandadores o descalcificadores (expresocomodos, doble o twin), con tanque de salmuera. • Filtro de carbón activado. • Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso. • Filtro de hasta cinco (05) micrómetros. <p>ACREDITACIÓN: Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> | <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta documento que acredita la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p> |
| C. EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD | | |
| <p>REQUISITO: El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1'800,630.00 (Un millón ochocientos mil seiscientos treinta con 00/100 soles) al ítem que se presente (siendo los ítems 1, 2, 3, 4, y 5), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda. Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p>ACREDITACIÓN: La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de: (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones. En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el Anexo No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados. En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato. 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 No 8 referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad</p> | <p>FOLIO: 43-57</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta Constancia de Prestaciones N.º 2022-2022-SIS-FISSAL, Y Contrato N.º 006-2019-SIS-FISSAL-AS-II, por el servicio de CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS ÍTEM - 14 LIMA METROPOLITANA SUR 4</p> | <p>FOLIO: 41-49</p> <p>SI CUMPLE</p> <p>Presenta CONSTANQA DE SERVIOS N.º 007-2019-SIS-FISSAL y contrato de Servicios de Salud N.º 067-2015-SIS, "CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL</p> |
| SITUACIÓN | CALIFICADA | CALIFICADA |

IV. ACUERDO TOMADO POR UNANIMIDAD:

4.1 Se resuelve otorgar la buena pro según el siguiente detalle

| ÍTEM | CANTIDAD DE PACIENTES MENSUAL | POSTOR | COSTO UNITARIO OFERTADO | COSTO TOTAL OFERTADO |
|------|-------------------------------|--|-------------------------|----------------------|
| 1 | 30 | CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO SANTA ENA S.A. | 278.35 | 3'908,034.00 |
| 2 | 30 | NEPHRO CARE S.A.C. | 279.50 | 3'924,180.00 |
| 3 | 30 | CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO SANTA ENA S.A. | 278.35 | 3'908,034.00 |
| 4 | 30 | NEPHRO CARE S.A.C. | 279.50 | 3'924,180.00 |

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 17:35 horas del 22 de mayo de 2023, se dio por concluida la sesión, firmando en señal de conformidad la presente acta.

Eder Cisneros Moya Presidente –
Titular

Rosana Chaúd Covarrubias
Miembro – Titular

Erika Luz Salinas Vásquez Primer
Miembro – Titular