



ESTADO PLURINACIONAL DE  
**BOLIVIA**

MINISTERIO DE  
SALUD Y DEPORTES

## **CONVOCATORIA**

### **A EXPRESIONES DE INTERESES, HACIA LA SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS PARA ADQUIRIR PRODUCTOS EN SALUD DEL SUBSECTOR PRIVADO DE SALUD – EN SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS**

#### **I. PROPONENTES DE EXPRESIÓN DE INTERESES ELEGIBLES**

En esta invitación a la presentación de Expresión de Intereses solo podrán presentarse los siguientes proponentes:

- a) Unidades de hemodiálisis del subsector privado, legalmente constituidos en el Estado plurinacional de Bolivia.

#### **II. CONSULTAS ESCRITAS SOBRE LA PRESENTACION A EXPRESION DE INTERESES**

Los Proponentes podrán formular consultas escritas mediante correo electrónico (Dirección específica en la invitación), dirigidas a los responsables, los días 13 y 14 de noviembre de 2024 antes a la fecha límite establecida para la presentación de las propuestas.

#### **III. PREPARACION DE LA EXPRESION DE INTERESES**

La Expresión de Intereses debe ser elaborada conforme a los requisitos establecidos en las Especificaciones Técnicas y Condiciones requeridas en el presente documento.

Los costos de la elaboración y presentación de la expresión de intereses y de cualquier otro costo que demande la participación de un proponente en el proceso de selección, cualquiera fuese su resultado, son asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo.

#### **IV. IDIOMA**

Las Propuestas de Expresión de Intereses deberán presentarse en idioma **CASTELLANO**.

#### **V. VALIDEZ DE LA EXPRESIÓN DE INTERESES**

La Expresión de Intereses tendrá una validez de sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la presentación de propuestas de Expresión de Intereses.

#### **VI. REQUISITOS A PRESENTAR EN LA PROPUESTA A EXPRESIÓN DE INTERESES**

Los documentos que deben presentar los Proponentes a la Expresión de Intereses, según sea su constitución legal y su forma de participación serán:

- a) La "Presentación a la Expresión de Intereses" será de manera individual, toda la documentación requerida debe ser presentada en su integridad por separado (por unidad

de hemodiálisis), en casos de existir unidades de hemodiálisis privadas que cuenten con casa matriz y sucursales.

- b) Los proponentes presentarán los documentos legales y administrativos de su propuesta técnica en sobres cerrados, debidamente ordenados, perforados, foliados, sellados y rubricados por el proponente, en un plazo máximo de presentación hasta horas 9:00 am del 18 de noviembre del 2024 (impostergablemente). La Expresión de Intereses deberá incluir un índice, que permita la rápida ubicación de los Formularios y documentos presentados (separaciones).
- c) Las propuestas deberán contener los siguientes documentos:
1. Nota dirigida a la Máxima Autoridad Ejecutiva, Lic. María Renee Castro Cusicanqui Ministra de Salud y Deportes. Referencia: PRESENTACIÓN A INVITACIÓN A LA EXPRESIÓN DE INTERESES, HACIA LA SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES PARA ADQUIRIR PRODUCTOS EN SALUD DEL SUBSECTOR PRIVADO DE SALUD – EN SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS, POR EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2025”.
  2. Fotocopia simple de Resolución Administrativa vigente al momento de la presentación, otorgada por SEDES, **Excluyente**
  3. Fotocopia simple de Licencia de funcionamiento otorgado por el Gobierno Autónomo Municipal, vigente. **Excluyente**
  4. Fotocopia simple legible de la Certificación que indique el número de máquinas habilitadas extendido por el SEDES, vigente. **Excluyente**
  5. Declaración Jurada del propietario o representante legal, donde indique el número de máquinas ofertadas para pacientes SUS y numero de turnos en el servicio de hemodiálisis (horarios de atención).
  6. Fotocopia simple legible de Constancia de Registro Completo - RUES el cual debe contar con código QR correspondiente para su debida verificación actualizado.
  7. Fotocopia simple del Poder Notarial del representante legal, si corresponde.
  8. Fotocopia simple de cédula de identidad vigente del representante legal.
  9. Fotocopia simple de NIT con la dirección que corresponde a la unidad de hemodiálisis
  10. Fotocopia simple de Certificado de Inscripción del NIT valido y activo.
  11. Fotocopia simple de Matricula de Comercio Actualizado (SEPREC), que corresponda a la unidad de hemodiálisis de su departamento, en casos de unidades de hemodiálisis que pertenezcan a ONG u otros sin fines de lucro, deben adjuntar el certificado de no inscripción emitido por SEPREC del departamento correspondiente.
  12. Experiencia General del Proponente en la prestación de servicios de hemodiálisis en los subsectores público o privado o seguridad social de corto plazo mayor o igual a 12 meses cumplidos hasta la presentación de la propuesta (Adjuntar fotocopia simple de Resolución Administrativa) **Excluyente**
  13. Experiencia Específica del Proponente en la prestación de servicios de hemodiálisis en los subsectores público o privado o seguridad social de corto plazo, de seis meses de servicios continuos (enero a junio del 2024), adjuntar contratos o convenios y fotocopias simple de facturación con el mes que corresponda. **Excluyente**
  14. Experiencia específica del Proponente en la prestación de servicios de hemodiálisis en los subsectores público o privado o seguridad social de corto plazo con un mínimo de atención de 5 pacientes por mes durante el periodo de enero a junio del 2024, adjuntar fotocopia

- simple de facturas mensuales y planillas de liquidación de atención a pacientes (lista de pacientes atendidos en el servicio de hemodiálisis por mes)". **Excluyente**
15. Cumplimiento y presentación del Formulario C-1 (Especificaciones Técnicas y Condiciones Requeridas), manifestando aceptación.
  16. Declaración Jurada del propietario y representante legal si corresponde, que establezca no tener ningún tipo de parentesco hasta el tercer grado, en afinidad y consanguinidad dentro el Ministerio de Salud y Deportes, y Servicios Departamentales de Salud. **Excluyente**
  17. Declaración Jurada del propietario y representante legal si corresponde, de no tener procesos administrativos o penales con el Ministerio de Salud y Deportes. **Excluyente**
  18. Declaración jurada del propietario o del representante legal, de que cuenta con contratos de todo el recurso humano de la unidad de hemodiálisis en cumplimiento a Resolución Administrativa emitida por el SEDES.

## VII. PROPUESTA TÉCNICA

La propuesta técnica comprende:

1. Recepción, revisión y evaluación a la documentación presentada por los proponentes a la Invitación a Expresión de Intereses, la cual concluye con la publicación en la página oficial del Ministerio de Salud y Deportes, de las Unidades de Hemodiálisis que cumplieron con todos los requisitos establecidos por la Entidad Convocante dentro las Especificaciones Técnicas y Condiciones Requeridas.

## VIII. PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACION A LA EXPRESIÓN DE INTERESES

### 1. Rotulación del Sobre:

- *Nombre de la Entidad Convocante:* **MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**
- *Objeto de la Convocatoria de Expresiones de Interés:* **INVITACIÓN A LA PRESENTACIÓN DE EXPRESIÓN DE INTERESES, HACIA LA SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES PARA ADQUIRIR PRODUCTOS EN SALUD DEL SUBSECTOR PRIVADO DE SALUD – EN SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS, POR EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2025.**
- *Razón Social:* (Nombre completo de la Unidad de Hemodiálisis)
- *Nombre del Representante Legal:* (Nombre completo del propietario o representante legal)
- *Departamento:* (Nombre del Departamento donde funciona la Unidad de Hemodiálisis)
- *Contacto:* (Números de teléfonos de contacto y correo electrónico vigente)
- *Dirección de la Entidad Convocante:* **Ministerio de Salud y Deportes, Plaza del Estudiante Esq. Cañada Strongest S/N Zona Central, Despacho Ministerial, recepción de Correspondencia.**

### 2. Plazo y lugar de presentación:



ESTADO PLURINACIONAL DE  
**BOLIVIA**

MINISTERIO DE  
SALUD Y DEPORTES

- La Expresión de Intereses deberá ser presentada dentro el plazo fijado y en el domicilio establecido en el presente documento. (Horas 9:00 am del 18 de noviembre del 2024, impostergablemente).
- La Expresión de Intereses podrá ser entregada en persona o por correo certificado (Courier). En ambos casos, el proponente es el responsable de que su Expresión de Intereses sea presentada dentro las fechas establecidas.
- Vencidos los plazos citados, la Expresión de Intereses no podrá ser retirada, modificada o alterada de manera alguna.
- La presentación de todos los requisitos establecidos dentro las especificaciones técnicas y condiciones requeridas son de cumplimiento obligatorio para los proponentes, la falta de las mismas serán pasibles a ser descalificados.

**NOTA:** La revisión de la documentación presentada por los proponentes será efectuada por una Comisión de Evaluación, delegada por la Máxima Autoridad Ejecutiva del Ministerio de Salud y Deportes, en coordinación con la Dirección General de Asuntos Administrativos y la Dirección General de Redes de Servicios de Salud para cada departamento, por lo que la notificación a las Unidades de Hemodiálisis que cumplieron con todos los requisitos establecidos en la Especificaciones Técnicas y Condiciones Requeridas será realizada en fechas establecidas.

### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

<p><b>1. SESIÓN DE HEMODIÁLISIS</b></p>	<p>1.1. La sesión de hemodiálisis deberá durar 4 a 5 horas diarias, es decir, de 12 a 15 horas por semana (En casos excepcionales de los cuales no se complete las 4 horas, se deberá presentar informe médico justificativo emitido por el nefrólogo bajo criterio médico), la unidad debe contar con un equipo de control biométrico para el registro de asistencia de los pacientes (<b>Manifestar aceptación</b>)</p> <p>1.2. Deberán realizar 3 turnos de atención por día (<b>Manifestar aceptación</b>)</p> <p>1.3. Las sesiones de hemodiálisis deberán ser de manera inter diaria en la semana, con los dos intervalos siguientes: lunes miércoles y viernes o martes, jueves y sábado (<b>Manifestar aceptación</b>)</p> <p>1.4. En caso que un paciente requiera sesiones de hemodiálisis extraordinarias deberá presentar informe médico del especialista sobre la justificación y contar con autorización del Responsable Departamental de Salud Renal (<b>Manifestar aceptación</b>)</p> <p>1.5. El Proveedor debe brindar transporte en casos excepcionales a pacientes con algún tipo de descompensación y/o impedimento motriz sin costo alguno (<b>Manifestar aceptación</b>)</p>										
<p><b>2. RECURSOS HUMANOS</b></p>	<p>2.1. El Proponente deberá contar con contratos del recurso humano de la unidad de hemodiálisis en cumplimiento a la Resolución Administrativa emitida por el SEDES, adjuntar fotocopia simple de contratos del siguiente personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Nefrólogo</li> <li>• Médico de apoyo</li> <li>• Licenciada en Enfermería</li> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> <li>• Regente Farmacéutico</li> <li>• Personal de Limpieza</li> <li>• Licenciada/o en Nutrición</li> <li>• Licenciada/o en Psicología</li> <li>• Licenciada/o en Trabajo Social</li> <li>• Secretaria y/o recepcionista y otros</li> </ul>										
<p><b>3. MANTENIMIENTO DE EQUIPOS Y PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA</b></p>	<p>3.1. El Proveedor deberá presentar plan de mantenimiento preventivo de las máquinas de Hemodiálisis y correctivo a requerimiento con firma y sello correspondiente (<b>Adjuntar lo solicitado</b>)</p> <p>3.2. El Proveedor deberá presentar el plan de mantenimiento preventivo de la planta de tratamiento de agua y correctivo a requerimiento con firma y sello correspondiente (<b>Adjuntar lo solicitado</b>)</p> <p>3.3. El Proveedor deberá realizar el estudio de agua físico-químico cada mes y bacteriológico de forma trimestral (<b>Manifestar aceptación</b>)</p>										
<p><b>4. EXÁMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE</b></p>	<p>4.1. El Proveedor adjudicado deberá garantizar la realización de los laboratorios a los pacientes atendidos de acuerdo al siguiente detalle (<b>Manifestar aceptación</b>):</p> <table border="1" data-bbox="524 1291 1424 1837"> <tr> <td data-bbox="524 1291 699 1371"><b>Enero</b></td> <td data-bbox="699 1291 1424 1371">Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP</td> </tr> <tr> <td data-bbox="524 1371 699 1476"><b>Febrero</b></td> <td data-bbox="699 1371 1424 1476">Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina</td> </tr> <tr> <td data-bbox="524 1476 699 1686"><b>Marzo</b></td> <td data-bbox="699 1476 1424 1686">Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL - LDL - VLDL, Triglicéridos.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="524 1686 699 1791"><b>Abril</b></td> <td data-bbox="699 1686 1424 1791">Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina</td> </tr> <tr> <td data-bbox="524 1791 699 1837"><b>Mayo</b></td> <td data-bbox="699 1791 1424 1837">Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO,</td> </tr> </table>	<b>Enero</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP	<b>Febrero</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina	<b>Marzo</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL - LDL - VLDL, Triglicéridos.	<b>Abril</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina	<b>Mayo</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO,
<b>Enero</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP										
<b>Febrero</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina										
<b>Marzo</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL - LDL - VLDL, Triglicéridos.										
<b>Abril</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina										
<b>Mayo</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO,										

	<p><b>Junio</b></p>	<p>Transaminasas TGP</p> <p>Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP</p> <p>Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos.</p> <p>Determinación de la Hormona Paratiroidea (PTHi)</p>	
<p><b>5. MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS</b></p>		<p>4.2. El Proveedor adjudicado deberá otorgar los exámenes de laboratorios de ELISA para Hepatitis B, anticore para Hepatitis B, ELISA para Hepatitis C, PR-VIH y COVID 19 como requisito indispensable para el egreso del beneficiario por cambio de Establecimiento que estén debidamente autorizados, sin costo adicional para los beneficiarios y beneficiarias. <b>(Manifestar aceptación)</b></p> <p>5.1. El Proveedor deberá suministrar los medicamentos e insumos a los pacientes atendidos de acuerdo al paquete de prestaciones para la patología renal crónica que se detalla a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos específicos, para el manejo del paciente renal crónico: <ul style="list-style-type: none"> <li>HEPARINA SÓDICA</li> <li>ERITROPOYETINA</li> <li>HIERRO</li> <li>HIERRO (Como bisglicina quelato)</li> <li>SOLUCIÓN ACIDA</li> <li>SOLUCIÓN BÁSICA</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos de uso común esenciales, para el manejo del paciente renal crónico: <ul style="list-style-type: none"> <li>COMPLEJO B (B1-B6-B12)</li> <li>ÁCIDO FÓLICO</li> <li>ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO</li> <li>AMLODIPINA</li> <li>ATORVASTATINA</li> <li>ENALAPRIL MALEATO</li> <li>LOSARTAN</li> <li>OMEPRAZOL</li> <li>CARVEDILOL</li> <li>NIFEDIPINO</li> <li>METILDOPA (Alfametildopa)</li> <li>CALCIO (Carbonato o Citrato)</li> <li>Gluconato CALCICO (Calcio Gluconato)</li> <li>COLECALCIFEROL (VITAMINA D3)</li> <li>MULTIVITAMINAS</li> <li>ALBUNINA HUMANA</li> <li>iodo POVIDONA (YODOPOVIDONA)</li> <li>SOLUCIÓN DE MANITOL</li> <li>CLOREXIDINA GLUCONATO</li> <li>HIPOCLORITO DE SODIO</li> <li>SOLUCIÓN FISIOLÓGICA</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos de uso común, utilizados para el manejo de las complicaciones agudas del paciente renal crónico: <ul style="list-style-type: none"> <li>SOLUCIÓN DE GLUCOSA</li> <li>CLORURO DE SODIO</li> <li>METAMIZOL (DIPIRONA)</li> <li>DICLOFENACO SÓDICO</li> </ul> </li> <li>• Insumos específicos, para el manejo del paciente renal crónico: <ul style="list-style-type: none"> <li>AGUJA PARA FÍSTULA</li> <li>FILTRO PARA HEMODIÁLISIS</li> <li>TRANSDUCTOR PIEZA</li> <li>LÍNEAS ARTERIOVENOSA A-V</li> <li>APÓSITO ADHESIVOS</li> </ul> </li> <li>• Insumos de uso común <u>esenciales</u>, para el manejo del paciente renal crónico:</li> </ul>	



BICENTENARIO DE  
**BOLIVIA**



ESTADO PLURINACIONAL DE  
**BOLIVIA**

MINISTERIO DE  
SALUD Y DEPORTES

LLAVE DE 3 VÍAS  
BARBIJO  
TELA ADHESIVA  
GORRO DESCARTABLE  
BATA  
GUANTES DESCARTABLES  
ACIDO CÍTRICO  
EQUIPO DE VENOCLÍISIS  
JERINGAS DESCARTABLES  
ÁCIDO PERACÉTICO 2%  
GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES

NOTA: Los medicamentos deben ser administrados de acuerdo a criterio médico y de manera gratuita.  
**(manifestar aceptación)**



FORMULARIO C-1

<b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</b>		
<b>Características y condiciones solicitadas</b>		<b>Característica Propuesta</b> (Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta)
<b>1. SESIÓN DE HEMODIÁLISIS</b>	<p>1.1. La sesión de hemodiálisis deberá durar 4 a 5 horas diarias, es decir, de 12 a 15 horas por semana (En casos excepcionales de los cuales no se complete las 4 horas, se deberá presentar informe médico justificativo emitido por el nefrólogo bajo criterio médico), la unidad debe contar con un equipo de control biométrico para el registro de asistencia de los pacientes <b>(Manifestar aceptación)</b></p> <p>1.2. Deberán realizar 3 turnos de atención por día <b>(Manifestar aceptación)</b></p> <p>1.3. Las sesiones de hemodiálisis deberán ser de manera inter diaria en la semana, con los dos intervalos siguientes: lunes miércoles y viernes o martes, jueves y sábado <b>(Manifestar aceptación)</b></p> <p>1.4. En caso que un paciente requiera sesiones de hemodiálisis extraordinarias deberá presentar informe médico del especialista sobre la justificación y contar con autorización del Responsable Departamental de Salud Renal <b>(Manifestar aceptación)</b></p> <p>1.5. El Proveedor debe brindar transporte en casos excepcionales a pacientes con algún tipo de descompensación y/o impedimento motriz sin costo alguno <b>(Manifestar aceptación)</b></p>	
<b>2. RECURSOS HUMANOS *</b>	<p>2.1. El Proponente deberá contar con contratos del recurso humano de la unidad de hemodiálisis en cumplimiento a la Resolución Administrativa emitida por el SEDES, adjuntar fotocopia simple de contratos del siguiente personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Nefrólogo</li> <li>• Médico de apoyo</li> <li>• Licenciada en Enfermería</li> <li>• Auxiliar de Enfermería</li> <li>• Regente Farmacéutico</li> <li>• Personal de Limpieza</li> <li>• Licenciada/o en Nutrición</li> <li>• Licenciada/o en Psicología</li> <li>• Licenciada/o en Trabajo Social</li> <li>• Secretaria y/o recepcionista y otros</li> </ul>	
<b>3. MANTENIMIENTO DE EQUIPOS Y PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA</b>	<p>3.1. El Proveedor deberá presentar plan de mantenimiento preventivo de las máquinas de Hemodiálisis y correctivo a requerimiento con firma y sello correspondiente <b>(Adjuntar lo solicitado)</b></p> <p>3.2. El Proveedor deberá presentar el plan de mantenimiento preventivo de la planta de tratamiento de agua y correctivo a requerimiento con firma y sello correspondiente <b>(Adjuntar lo solicitado)</b></p> <p>3.3. El Proveedor deberá realizar el estudio de agua</p>	



	físico-químico cada mes y bacteriológico de forma trimestral ( <b>Manifestar aceptación</b> )	
<b>4. EXÁMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE</b>	4.1. El Proveedor adjudicado deberá garantizar la realización de los laboratorios a los pacientes atendidos de acuerdo al siguiente detalle ( <b>Manifestar aceptación</b> ):	
	<b>Enero</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP
	<b>Febrero</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina
	<b>Marzo</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos.
	<b>Abril</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina
	<b>Mayo</b>	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP

	<p><b>Junio</b></p> <p>Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos. Determinación de la Hormona Paratiroidea (PTHi)</p> <p>4.2. El Proveedor adjudicado deberá otorgar los exámenes de laboratorios de ELISA para Hepatitis B, anticore para Hepatitis B, ELISA para Hepatitis C, PR-VIH y COVID 19 como requisito indispensable para el egreso del beneficiario por cambio de Establecimiento que estén debidamente autorizados, sin costo adicional para los beneficiarios y beneficiarias. <b>(Manifiestar aceptación)</b></p>	
<p><b>5. MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS</b></p>	<p>5.1. El Proveedor deberá suministrar los medicamentos e insumos a los pacientes atendidos de acuerdo al paquete de prestaciones para la patología renal crónica que se detalla a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos específicos, para el manejo del paciente renal crónico: HEPARINA SÓDICA ERITROPOYETINA HIERRO HIERRO (Como bisglicina quelato) SOLUCIÓN ACIDA SOLUCIÓN BÁSICA</li> <li>• Medicamentos de uso común esenciales, para el manejo del paciente renal crónico: COMPLEJO B (B1-B6-B12) ÁCIDO FÓLICO ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO AMLODIPINA ATORVASTATINA ENALAPRIL MALEATO LOSARTAN OMEPRAZOL CARVEDILOL NIFEDIPINO METILDOPA (Alfametildopa) CALCIO (Carbonato o Citrato) Gluconato CALCICO (Calcio Gluconato) COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) MULTIVITAMINAS ALBUNINA HUMANA IODO POVIDONA (YODOPOVIDONA) SOLUCIÓN DE MANITOL</li> </ul>	

	<p>CLOREXIDINA GLUCONATO HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCIÓN FISIOLÓGICA</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos de uso común, utilizados para el manejo de las complicaciones agudas del paciente renal crónico: SOLUCIÓN DE GLUCOSA CLORURO DE SODIO METAMIZOL (DIPIRONA) DICLOFENACO SÓDICO</li><li>• Insumos específicos, para el manejo del paciente renal crónico: AGUJA PARA FÍSTULA FILTRO PARA HEMODIÁLISIS TRANSDUCTOR PIEZA LÍNEAS ARTERIOVENOSA A-V APÓSITO ADHESIVOS</li><li>• Insumos de uso común <u>esenciales</u>, para el manejo del paciente renal crónico: LLAVE DE 3 VÍAS BARBIJO TELA ADHESIVA GORRO DESCARTABLE BATA GUANTES DESCARTABLES ACIDO CÍTRICO EQUIPO DE VENOCLÍISIS JERINGAS DESCARTABLES ÁCIDO PERACÉTICO 2% GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES</li></ul> <p>NOTA: Los medicamentos deben ser administrados de acuerdo a criterio médico y de manera gratuita. <b>(manifestar aceptación)</b></p>	
--	---	--

La propuesta deberá contener la manifestación de aceptación de lo requerido en las especificaciones técnicas.

***(Firma del Representante Legal del Proponente)***

***(Nombre completo del Representante Legal)***