**INVITACIÓN A LA PRESENTACIÓN DE EXPRESIÓN DE INTERESES, HACIA LA SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES PARA ADQUIRIR PRODUCTOS EN SALUD DEL SUBSECTOR PRIVADO DE SALUD – SERVICIO DE HEMODIÁLISIS**

1. **PROPONENTES DE EXPRESIÓN DE INTERESES ELEGIBLES**

En esta invitación podrán participar únicamente los siguientes proponentes:

1. Unidades de hemodiálisis del subsector privado, legalmente constituidas.
2. **CONSULTAS ESCRITAS SOBRE LAS EXPRESIONES DE INTERÉS**

Cualquier proponente podrá formular consultas escritas mediante correo electrónico (Dirección especificada en la invitación) dirigidas al responsable de atender consultas, hasta el 22 de noviembre de 2023 antes a la fecha límite establecida para la presentación de las propuestas.

1. **PREPARACIÓN DE LAS EXPRESIONES DE INTERES**

La Expresión de Intereses debe ser elaborada conforme a los requisitos y condiciones establecidos 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.

1. **IDIOMA**

Las Propuestas de Expresión de Intereses deberán presentarse en idioma castellano.

1. **VALIDEZ DE LA EXPRESIÓN DE INTERESES**

La Expresión de Intereses deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la presentación de propuestas de Expresiones de Interés.

1. **DOCUMENTOS DE LA EXPRESIÓN DE INTERESES**

Toda documentación de la Expresión de Intereses solicitada, se constituirán en Declaraciones Juradas.

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

1. Resolución Administrativa de habilitación vigente otorgado por SEDES.
2. Licencia de funcionamiento otorgado por el GAM, vigente.
3. Certificado vigente con número de máquinas habilitadas extendido por el SEDES, vigente.
4. Certificado de registro RUES emitido por SEDES, vigente.
5. Poder notarial del representante legal, si corresponde.
6. Fotocopia de cédula de identidad del representante legal.
7. Fotocopia de NIT y certificado de inscripción del NIT.
8. Certificado de inscripción en SEPRECC, si corresponde (fotocopia simple).
9. Experiencia general del Proponente en la prestación de servicios de hemodiálisis mayor o igual de 24 meses
10. Experiencia específica del Proponente en la prestación de servicios de hemodiálisis, de forma continua y sin interrupción durante la última gestión, (Adjuntar 1 copia de las factura y/o nota fiscal por servicios de hemodiálisis por el primer cuatrimestre de la gestión 2023).
11. **PROPUESTA TÉCNICA**

La propuesta técnica deberá incluir:

1. El Formulario C-1 de los Términos de Referencia conforme a los servicios requeridos, así como toda la documentación necesaria que demuestre que el servicio que ofrece, cumple con lo requerido en dicho formulario.

2. Las propuestas deberán presentarse conforme establezca la invitación.

1. **PRESENTACIÓN DE EXPRESIÓN DE INTERESES**

**1. Forma de presentación:**

La expresión de intereses deberá ser presentados en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos, dirigido a la entidad convocante, citando el objeto de la misma de acuerdo al siguiente detalle:

*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 – SERVICIO DE HEMODIÁLISIS***

*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.***

*Nombre del Proponente: \_\_\_\_\_\_\_* ***(Indicar si es una empresa comercial o asociación u otro tipo de proponente).***

La Expresión de Intereses debe ser presentada en un ejemplar original y una copia, identificando claramente el original.

El original de la Expresión de Intereses deberá tener sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el proponente.

La Expresión de Intereses deberá incluir un índice, que permita la rápida ubicación de los Formularios y documentos presentados.

**2. Plazo y lugar de presentación:**

**2.1.** Las Expresión de Intereses deberán ser presentadas dentro del plazo (fecha) fijado y en el domicilio establecido en las presentes Especificaciones Técnicas.

**2.2.** 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 el plazo establecido.

**2.3.** Vencidos los plazos citados, las Expresión de Intereses no podrá ser retirada, modificada o alterada de manera alguna.

|  |
| --- |
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** |
| 1. ***SESIÓN DE HEMODIÁLISIS***
 | * 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) (**Manifestar aceptación**)
	2. Deberán realizar 3 turnos de atención por día (**Manifestar aceptación**)
	3. Las sesiones de hemodiálisis deberán ser de manera interdiaria en la semana, con los dos intervalos siguientes: lunes miércoles y viernes o martes, jueves y sábado (**Manifestar aceptación**)
	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 (**Manifestar aceptación**)
	5. El Proveedor debe brindar transporte en casos excepcionales a pacientes con algún tipo de descompensación y/o impedimento motriz sin costo alguno (**Manifestar aceptación**)
 |
| 1. ***INFRAESTRUCTURA***
 | * 1. El Proveedor debe contar con Infraestructura adecuada de acuerdo a Norma Nacional de Hemodiálisis, de acuerdo a los siguientes requisitos:
* Accesibilidad geográfica y del propio edifico adecuada
* Sala de hemodiálisis
* Sala de procesamiento de filtros (Con área de lavado y área de almacenamiento de acuerdo a la Norma de Hemodiálisis)
* Sala de tratamiento de Agua
* Sala de recuperación transitoria
* Sala de reuniones
* Almacén o depósito de materiales e insumos
* Oficina administrativa
* Depósito intermedio de material contaminado y desechos orgánicos
* Baños para pacientes diferenciados por sexo
* Baños para el personal de salud diferenciados por sexo
* Vestidores y duchas para el personal de salud
* Casilleros para pacientes
* Sala de hemodiálisis para pacientes positivos a Hepatitis B, C, BC, VIH de acuerdo a norma de hemodiálisis.
	1. La infraestructura debe contar con los servicios básicos de energía eléctrica, agua potable, internet, teléfono. ***(Manifestar aceptación )***
 |
| 1. ***EQUIPAMIENTO***
 | * 1. El Proveedor debe contar con el siguiente EQUIPAMIENTO de acuerdo a Norma Nacional de Hemodiálisis:
		1. SALA DE HEMODIÁLISIS
* Máquinas de hemodiálisis que cumpla con las recomendaciones mínimas establecidas en la Norma de Hemodiálisis, (**Adjuntar documentación que respalde el mantenimiento preventivo actualizado**).
* Sillones o camas ortopédicos para hemodiálisis en buenas condiciones que incluya: posición de Trendelenburg, confortabilidad, apoya brazos anchos y que permita hacer maniobras de resucitación.
* Balanza de precisión.
* Toma de oxígeno (portátil y/o central).
* Aspirador portátil o central.
* Mesa de mayo y tensiómetro por cada máquina de hemodiálisis.
* Oxímetro de pulso
* Glucómetro
* Silla de ruedas.
* Carro de paro equipado según Norma de Hemodiálisis.
* Equipo de Otorrinolaringología
* Dos trípodes, cuatro pies adicional
* Extinguidor de incendios
* Luz de emergencia (Generador eléctrico)
* Basureros identificados (Conforme a Normas de Bioseguridad)
* Equipos de curación
* Riñoneras con bolsas de protección descartables
* Baldes con tapa para el transporte del circuito extracorpóreo
* Tapers o recipientes adecuados con tapa hermética para el almacenamiento del circuito extracorpóreo

**(Manifestar aceptación)*** + 1. SALA DE AISLAMIENTO HEMODIÁLISIS, para pacientes positivos:
* Mínimamente una máquina de hemodiálisis que cumpla con las recomendaciones mínimas establecidas en la Norma de Hemodiálisis.
* Sillón o cama ortopédicos para hemodiálisis que incluya: posición de Trendelenburg, confortabilidad, apoya brazos anchos y que permitan realizar maniobras de resucitación
* Balanza de precisión
* Toma de oxigeno (portátil y/o central)
* Aspiración portátil o central
* Mesa de mayo por maquina
* Tensiómetro por máquina.

**(Manifestar aceptación)*** + 1. SALA DE PROCESAMIENTO DE FILTROS
* Lavamanos para el personal con agua no tratada
* Sistema de agua tratada permanente para el reprocesamiento del circuito extracorpóreo
* Lavaderos y drenajes completamente independientes, bandejas de acero inoxidable o PVC profundas
* Adecuado drenaje de efluentes de aguas contaminados con un sistema de sifón en su sistema de drenaje
* La conexión de hanses individuales para cada punto de lavado
* División de lavaderos con separación física de cada punto de lavado con lámina de vidrio o policarbonato
* Sistema de ventilación y extracción de aire adecuados
* Mesones totalmente lavables y resistentes a los desinfectantes químicos

**(Manifestar aceptación)*** + 1. SALA DE TRATAMIENTO DE AGUA
* Con la capacidad adecuada para el número de máquinas habilitadas

PRE TRATAMIENTO DE AGUA* Tanque de agua potable en volumen suficiente proporcional a la cantidad de máquinas existentes
* Filtro de arena
* Filtro de carbón activado
* Filtro de resina de intercambio (ablandadores, tanque de sal) proporcional a la cantidad de agua a filtrar

TRATAMIENTO DE AGUA* Membrana de osmosis reversa
* El tanque de almacenamiento de agua tratada debe ser de material opaco, liso, resistente exento de amianto con cierre hermético y membrana de ventilación interna del tanque, de fácil limpieza y desinfección
* Bombas de acero inoxidable y tubulatura de PVC
* Sistema de conexión total de agua con tuberías de PVC sin acodaduras ni espacios muertos, con unión patente que evite el crecimiento bacteriano
* Manómetros de control de presión
* Recomendable el micro filtros previo a la membrana de osmosis inversa
* Optativo uso de rayos ultravioletas posterior a la membrana de osmosis inversa

**(Manifestar aceptación)*** + 1. SALA DE RECUPERACIÓN TRANSITORIA
* Camilla
* Escritorio
* Dos sillas
* Trípode
* Gradilla
* Tensiómetro
* Vitrina con los medicamentos
* Toma de Oxigeno (portátil y/o central)

**(Manifestar aceptación)*** + 1. SALA DE REUNIONES
* Sala de reuniones
* Mesa central
* Sillas
* Apoyo didáctico apropiado

**(Manifestar aceptación)*** + 1. ALMACÉN O DEPÓSITO DE MATERIALES E INSUMOS
* Área ventilada
* No expuesta a rayos solares
* Estantes para adecuado almacenamiento
* Tarimas de madera para el piso que eviten el contacto de los insumos con el piso de acuerdo a las condiciones ambientales
* Refrigerador, para almacenamiento de vacunas y medicamentos que requieran cadena de frio con control de temperatura

**(Manifestar aceptación)*** + 1. OFICINA ADMINISTRATIVA
* Escritorio
* Sillas
* Estante
* Computadora
* Impresora
* Material de escritorio
* Teléfono
* Archivero de expedientes clínicos

**(Manifestar aceptación)*** + 1. DEPÓSITO INTERMEDIO DE MATERIAL CONTAMINADO Y DESECHOS ORGÁNICOS, de acuerdo a accesibilidad con el depósito final y los horarios establecidos de recolección tachos de basura de acuerdo a la generación y tipo de desecho hospitalario. **(Manifestar aceptación)**
		2. BAÑOS PARA PACIENTES DIFERENCIADOS POR SEXO, lavamanos con dispensador de jabón líquido y dispensador para toallas desechables; basurero limpio de plástico con tapa y bolsa roja descartable. **(Manifestar aceptación)**
		3. BAÑOS PARA EL PERSONAL DE SALUD DIFERENCIADOS POR SEXO, lavamanos con dispensador de jabón líquido y dispensador para toallas desechables, basurero limpio de plástico con tapa y bolsa roja descartable **(Manifestar aceptación)**
		4. VESTIDOR Y DUCHA PARA PERSONAL SALUD, casilleros para personal de acuerdo a requerimiento **(Manifestar aceptación)**
		5. CASILLEROS PARA PACIENTES DE ACUERDO A REQUERIMIENTO **(Manifestar aceptación)**
		6. BIOMÉTRICO PARA CONTROL DE ASISTENCIA DE PACIENTES el cual debe registrar el ingreso y salida de pacientes **(Manifestar aceptación)**
 |
| 1. ***RECURSOS HUMANOS***
 | * 1. El Proveedor deberá contar con el siguiente personal mínimo para la atención de pacientes:
* Médico Nefrólogo.- Garantizando la atención en todos los turnos, cumplirá funciones como director o Jefe de la Unidad de Hemodiálisis. Pudiendo haber otros nefrólogos si el número de pacientes lo requiera. **Adjuntar Hojas de Vida más respaldos** **(Título académico y en provisión nacional de médico con experiencia mínima de 2 años, título de especialista en nefrología con experiencia mínima de 2 años, *Certificados de Trabajo, Matricula Profesional,* Títulos Académicos).**
* Médico de apoyo.- Debe haber un medico con presencia física permanente con entrenamiento en hemodiálisis, bajo dirección del nefrólogo. En cada turno de hemodiálisis, debiendo ser responsabilidad del Jefe de la Unidad, dar cumplimiento a la misma. **Adjuntar Hojas de Vida más respaldos** **(Título académico y en provisión nacional de médico con experiencia mínima de 3 años, certificación de capacitación en nefrología con experiencia mínima de 2 años, *Certificados de Trabajo, Matricula Profesional,* Títulos Académicos).**
* Licenciada en Enfermería.- Con formación en hemodiálisis, requiriéndose una enfermera por cuatro pacientes por turno, de acuerdo a la necesidad del servicio. **Adjuntar Hojas de Vida más respaldos** **(Título académico y en provisión nacional de licenciada en enfermería con experiencia mínima de 3 años, certificación de capacitación en nefrología con experiencia mínima de 2 años, Registro del Colegio de Enfermeras, *Certificados de Trabajo, Matricula Profesional,* Títulos Académicos).**
* Auxiliar de enfermería.- Debe haber una auxiliar por cada ocho pacientes, capacitada para atención en hemodiálisis con experiencia en atención en hemodiálisis mayor igual a 2 años (1 auxiliar por cada 4 pacientes por turno) **Adjuntar Hojas de Vida más respaldos** **(Certificado de egreso otorgado por una Escuela de Auxiliares de Enfermería en el país con experiencia mínima de 3 años, certificación de capacitación en nefrología con experiencia mínima de 2 años, *Certificados de Trabajo, Matricula Profesional,* Títulos Académicos).**
* Personal de limpieza.- Con conocimientos sólidos de bioseguridad y manejo de residuos. Este servicio puede ser institucionalizado o tercializado. **Adjuntar Hojas de Vida más respaldos.**
* Licenciada/o en Nutrición: Con conocimientos sólidos en el manejo de pacientes con patología nefrológica y comorbilidades con experiencia en atención en salud mayor igual a 2 años. **Adjuntar Hojas de Vida más respaldos.**
* Licenciada/o en Psicología con experiencia en atención en salud mayor igual a 2 años. **Adjuntar Hojas de Vida más respaldos.**
* Licenciada/o en Trabajo Social con experiencia en atención en salud mayor igual a 2 años. **Adjuntar Hojas de Vida más respaldos.**
* Secretaria y lo recepcionista **Adjuntar Hojas de Vida más respaldos.**
	1. **Recurso Humano requerido en función a la cantidad de máquinas ofertadas.**
 |
| 1. ***MANTENIMIENTO DE EQUIPOS Y PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA***
 | * 1. El Proveedor deberá realizar mantenimiento preventivo de las máquinas de Hemodiálisis cada tres meses y correctivo a requerimiento (**Manifestar aceptación**)
	2. El Proveedor deberá realizar mantenimiento preventivo de la planta de tratamiento de agua cada seis meses y correctivo a requerimiento (**Manifestar aceptación**)
	3. El Proveedor deberá realizar el estudio de agua físico-químico cada mes y bacteriológico de forma trimestral (**Manifestar aceptación**)
	4. El Proponente deberá presentar el último certificado de Mantenimiento preventivo de las máquinas de hemodiálisis con vigencia no mayor a 3 meses.**(Presentar en la propuesta)**
	5. El Proponente deberá Presentar el último certificado de mantenimiento preventivo de la planta de tratamiento de agua con una vigencia no mayor a 6 meses. **(Presentar en la propuesta)**
	6. El Proponente deberá presentar el último certificado de estudio de agua bacteriológico con vigencia no mayor a tres meses y el estudio de agua físico – químico con vigencia no mayor a un mes. **(Presentar en la propuesta)**
 |
| 1. ***EXÁMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE***
 | * 1. El Proveedor adjudicado deberá garantizar la realización de los laboratorios a los pacientes atendidos de acuerdo al siguiente detalle:

|  |  |
| --- | --- |
| **Enero** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP |
| **Febrero** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGPCalcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina |
| **Marzo** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGPHierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDASerología: 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. |
| **Abril** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGPCalcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina |
| **Mayo** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP |
| **Junio** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGPCalcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalinaHierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDASerología: 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) |
| **Julio** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP |
| **Agosto** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGPCalcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina |
| **Septiembre** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGPHierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDASerología: 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. |
| **Octubre** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGPCalcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina |
| **Noviembre** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP |
| **Diciembre** | Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico SéricoUrea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGPCalcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalinaHierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDASerología: 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) |

* 1. 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. (**Manifestar aceptación**)
 |
| 1. ***MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS***
 | * 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**:**
* Medicamentos específicos, para el manejo del paciente renal crónico:

HEPARINA SÓDICAERITROPOYETINAHIERROHIERRO (Como bisglicina quelato)SOLUCIÓN ACIDASOLUCIÓN BÁSICA* Medicamentos de uso común esenciales, para el manejo del paciente renal crónico:

COMPLEJO B (B1-B6-B12)ÁCIDO FÓLICOÁCIDO ACETIL SALICÍLICOAMLODIPINAATORVASTATINAENALAPRIL MALEATOLOSARTANOMEPRAZOLCARVEDILOLNIFEDIPINOMETILDOPA (Alfametildopa)CALCIO (Carbonato o Citrato)Gluconato CALCICO (Calcio Gluconato)COLECALCIFEROL (VITAMINA D3)MULTIVITAMINASALBUNINA HUMANAIODO POVIDONA (YODOPOVIDONA)SOLUCIÓN DE MANITOLCLOREXIDINA GLUCONATOHIPOCLORITO DE SODIOSOLUCIÓN FISIOLÓGICA* Medicamentos de uso común, utilizados para el manejo de las complicaciones agudas del paciente renal crónico:

SOLUCIÓN DE GLUCOSACLORURO DE SODIOMETAMIZOL (DIPIRONA)DICLOFENACO SÓDICO* Insumos específicos, para el manejo del paciente renal crónico:

AGUJA PARA FÍSTULAFILTRO PARA HEMODIÁLISISTRANSDUCTOR PIEZALÍNEAS ARTERIOVENOSA A-VAPÓSITO ADHESIVOS* Insumos de uso común esenciales, para el manejo del paciente renal crónico:

LLAVE DE 3 VÍASBARBIJOTELA ADHESIVAGORRO DESCARTABLEBATAGUANTES DESCARTABLESACIDO CÍTRICOEQUIPO DE VENOCLÍSISJERINGAS DESCARTABLESÁCIDO PERACÉTICO 2%GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES(\*) Los medicamentos deben ser administrados de acuerdo a criterio médico.**(Presentar en la propuesta documento de compromiso de cumplimiento)** |

**FORMULARIO C-1**

**PROPUESTA TÉCNICA**

|  |
| --- |
| **Para ser llenado por el proponente de acuerdo a lo establecido en las especificaciones técnicas** |
| **Propuesta(\*)** |
|  |

 (\*) La propuesta deberá contener como mínimo la manifestación de aceptación de lo requerido en las especificaciones técnicas.

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

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