

# ***BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL***

*Aprobado mediante Directiva N°001-2019-OSCE/CD*



**SUB DIRECCIÓN DE NORMATIVIDAD – DIRECCIÓN TÉCNICO NORMATIVA**  
**ORGANISMO SUPERVISOR DE LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO - OSCE**

**SIMBOLOGÍA UTILIZADA:**

| N° | Símbolo   | Descripción  |
|----|---|--|
| 1  | [ABC] / [.....]   | La información solicitada dentro de los corchetes sombreados debe ser completada por la Entidad durante la elaboración de las bases.   |
| 2  | [ABC] / [.....]   | Es una indicación, o información que deberá ser completada por la Entidad con posterioridad al otorgamiento de la buena pro para el caso específico de la elaboración de la PROFORMA DEL CONTRATO; o por los proveedores, en el caso de los ANEXOS de la oferta. |
| 3  | <div>Importante</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abc</li> </ul>                 | Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores.   |
| 4  | <div>Advertencia</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abc</li> </ul>                | Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y por los proveedores.  |
| 5  | <div>Importante para la Entidad</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xyz</li> </ul> | Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda y deben ser eliminadas una vez culminada la elaboración de las bases.  |

**CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:**

Las bases estándar deben ser elaboradas en formato WORD, y deben tener las siguientes características:

| N° | Características  | Parámetros  |
|----|------------------|---|
| 1  | Márgenes         | Superior : 2.5 cm      Inferior: 2.5 cm<br>Izquierda: 2.5 cm      Derecha: 2.5 cm   |
| 2  | Fuente           | Arial   |
| 3  | Estilo de Fuente | Normal: Para el contenido en general<br>Cursiva: Para el encabezado y pie de página<br>Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)  |
| 4  | Color de Fuente  | Automático: Para el contenido en general<br>Azul : Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)  |
| 5  | Tamaño de Letra  | 16 : Para las dos primeras hojas de las Secciones General y Específica<br>11 : Para el nombre de los Capítulos.<br>10 : Para el cuerpo del documento en general<br>9 : Para el encabezado y pie de página<br>Para el contenido de los cuadros, pudiendo variar, según la necesidad<br>8 : Para las Notas al pie |
| 6  | Alineación       | Justificada: Para el contenido en general y notas al pie.<br>Centrada : Para la primera página, los títulos de las Secciones y nombres de los Capítulos)  |
| 7  | Interlineado     | Sencillo  |
| 8  | Espaciado        | Anterior : 0<br>Posterior : 0   |
| 9  | Subrayado        | Para los nombres de las Secciones y para resaltar o hacer hincapié en algún concepto  |

**INSTRUCCIONES DE USO:**

- Una vez registrada la información solicitada dentro de los corchetes sombreados en gris, el texto deberá quedar en letra tamaño 10, con estilo normal, sin formato de negrita y sin sombreado.
- La nota **IMPORTANTE** no puede ser modificada ni eliminada en la Sección General. En el caso de la Sección Específica debe seguirse la instrucción que se indica en dicha nota.

Elaboradas en enero de 2019

Modificadas en marzo, junio y diciembre de 2019, julio 2020, julio y diciembre 2021, junio y octubre de 2022

# **BASES INTEGRADAS**

**BASES ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA  
PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL**

**AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1  
PRIMERA CONVOCATORIA**

**AS 2334A00211**  
(Nomenclatura EsSalud)

**PAC 538**

**CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN  
AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD  
RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA LA  
RED ASISTENCIAL JULIACA-POR EL PERIODO DE 12  
MESES (AS HOMOLOGACIÓN).**

## DEBER DE COLABORACIÓN

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista, deben conducir su actuación conforme a los principios previstos en la Ley de Contrataciones del Estado.

En este contexto, se encuentran obligados a prestar su colaboración al OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI, en todo momento según corresponda a sus competencias, a fin de comunicar presuntos casos de fraude, colusión y corrupción por parte de los funcionarios y servidores de la Entidad, así como los proveedores y demás actores que participan en el proceso de contratación.

De igual forma, deben poner en conocimiento del OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI los indicios de conductas anticompetitivas que se presenten durante el proceso de contratación, en los términos del Decreto Legislativo N° 1034, "Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas", o norma que la sustituya, así como las demás normas de la materia.

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista del proceso de contratación deben permitir al OSCE o a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI el acceso a la información referida a las contrataciones del Estado que sea requerida, prestar testimonio o absolución de posiciones que se requieran, entre otras formas de colaboración.



## **SECCIÓN GENERAL**

### **DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

(ESTA SECCIÓN NO DEBE SER MODIFICADA EN NINGÚN EXTREMO, BAJO SANCIÓN DE NULIDAD)

## CAPÍTULO I

### ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

#### 1.1. REFERENCIAS

Cuando en el presente documento se mencione la palabra Ley, se entiende que se está haciendo referencia a la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y cuando se mencione la palabra Reglamento, se entiende que se está haciendo referencia al Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N° 344-2018-EF.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

#### 1.2. CONVOCATORIA

Se realiza a través de su publicación en el SEACE de conformidad con lo señalado en el artículo 54 del Reglamento, en la fecha señalada en el calendario del procedimiento de selección, debiendo adjuntar las bases y resumen ejecutivo.

#### 1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

El registro de participantes se realiza conforme al artículo 55 del Reglamento. En el caso de un consorcio, basta que se registre uno (1) de sus integrantes.

##### Importante

- *Para registrarse como participante en un procedimiento de selección convocado por las Entidades del Estado Peruano, es necesario que los proveedores cuenten con inscripción vigente y estar habilitados ante el Registro Nacional de Proveedores (RNP) que administra el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE). Para obtener mayor información, se puede ingresar a la siguiente dirección electrónica: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe).*
- *Los proveedores que deseen registrar su participación deben ingresar al SEACE utilizando su Certificado SEACE (usuario y contraseña). Asimismo, deben observar las instrucciones señaladas en el documento de orientación "Guía para el registro de participantes electrónico" publicado en <https://www2.seace.gob.pe/>.*
- *En caso los proveedores no cuenten con inscripción vigente en el RNP y/o se encuentren inhabilitados o suspendidos para ser participantes, postores y/o contratistas, el SEACE restringirá su registro, quedando a potestad de estos intentar nuevamente registrar su participación en el procedimiento de selección en cualquier otro momento, dentro del plazo establecido para dicha etapa, siempre que haya obtenido la vigencia de su inscripción o quedado sin efecto la sanción que le impuso el Tribunal de Contrataciones del Estado.*

#### 1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

La formulación de consultas y observaciones a las bases se efectúa de conformidad con lo establecido en los numerales 72.1 y 72.2 del artículo 72 del Reglamento, así como el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

##### Importante

*No pueden formularse consultas ni observaciones respecto del contenido de una ficha de homologación aprobada. Las consultas y observaciones que se formulen sobre el particular, se tienen como no presentadas.*

### 1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

La absolución de consultas, observaciones e integración de las bases se realizan conforme a las disposiciones previstas en el numeral 72.4 del artículo 72 del Reglamento y el literal a) del artículo 89 del Reglamento.

#### Importante

- *No se absolverán consultas y observaciones a las bases que se presenten en forma física.*
- *Cuando exista divergencia entre lo indicado en el pliego de absolución de consultas y observaciones y la integración de bases, prevalece lo absuelto en el referido pliego; sin perjuicio, del deslinde de responsabilidades correspondiente.*

### 1.6. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Las ofertas se presentan conforme lo establecido en el artículo 59 y en el artículo 90 del Reglamento.

Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita o digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales<sup>1</sup>). Los demás documentos deben ser visados por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en el caso de persona natural, por este o su apoderado. No se acepta el pegado de la imagen de una firma o visto. Las ofertas se presentan foliadas.

#### Importante

- *Los formularios electrónicos que se encuentran en el SEACE y que los proveedores deben llenar para presentar sus ofertas, tienen carácter de declaración jurada.*
- *En caso la información contenida en los documentos escaneados que conforman la oferta no coincida con lo declarado a través del SEACE, prevalece la información declarada en los documentos escaneados.*
- *No se tomarán en cuenta las ofertas que se presenten en físico a la Entidad.*

### 1.7. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

El participante presentará su oferta de manera electrónica a través del SEACE, desde las 00:01 horas hasta las 23:59 horas del día establecido para el efecto en el cronograma del procedimiento; adjuntando el archivo digitalizado que contenga los documentos que conforman la oferta de acuerdo a lo requerido en las bases.

El participante debe verificar antes de su envío, bajo su responsabilidad, que el archivo pueda ser descargado y su contenido sea legible.

#### Importante

*Los integrantes de un consorcio no pueden presentar ofertas individuales ni conformar más de un consorcio en un procedimiento de selección, o en un determinado ítem cuando se trate de procedimientos de selección según relación de ítems.*

<sup>1</sup> Para mayor información sobre la normativa de firmas y certificados digitales ingresar a: <https://www.indecopi.gob.pe/web/firmas-digitales/firmar-y-certificados-digitales>

En la apertura electrónica de la oferta, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de lo exigido en la sección específica de las bases de conformidad con el numeral 73.2 del artículo 73 del Reglamento y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos y condiciones de los Términos de Referencia, detallados en la sección específica de las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

## 1.8. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

La evaluación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en el numeral 74.1 y el literal a) del numeral 74.2 del artículo 74 del Reglamento.

En el supuesto de que dos (2) o más ofertas empaten, la determinación del orden de prelación de las ofertas empatadas se efectúa siguiendo estrictamente el orden establecido en el numeral 91.1 del artículo 91 del Reglamento.

El desempate mediante sorteo se realiza de manera electrónica a través del SEACE.

### Importante

*En el caso de contratación de servicios en general que se presten fuera de la provincia de Lima y Callao, cuyo valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), a solicitud del postor se asigna una bonificación equivalente al diez por ciento (10%) sobre el puntaje total obtenido por los postores con domicilio en la provincia donde prestará el servicio, o en las provincias colindantes, sean o no pertenecientes al mismo departamento o región. El domicilio es el consignado en la constancia de inscripción ante el RNP<sup>2</sup>. Lo mismo aplica en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando algún ítem no supera el monto señalado anteriormente.*

## 1.9. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

La calificación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en los numerales 75.1 y 75.2 del artículo 75 del Reglamento.

## 1.10. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

La subsanación de las ofertas se sujeta a lo establecido en el artículo 60 del Reglamento. El plazo que se otorgue para la subsanación no puede ser inferior a un (1) día hábil

La solicitud de subsanación se realiza de manera electrónica a través del SEACE y será remitida al correo electrónico consignado por el postor al momento de realizar su inscripción en el RNP, siendo su responsabilidad el permanente seguimiento de las notificaciones a dicho correo. La notificación de la solicitud se entiende efectuada el día de su envío al correo electrónico.

La presentación de las subsanaciones se realiza a través del SEACE. No se tomará en cuenta la subsanación que se presente en físico a la Entidad.

## 1.11. RECHAZO DE LAS OFERTAS

Previo al otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa las ofertas económicas que cumplen los requisitos de calificación, de conformidad con lo establecido para el rechazo de ofertas, previsto en el artículo 68 del Reglamento, de ser el caso.

<sup>2</sup> La constancia de inscripción electrónica se visualizará en el portal web del Registro Nacional de Proveedores: [www.mpp.gob.pe](http://www.mpp.gob.pe)

De rechazarse alguna de las ofertas calificadas, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, revisa el cumplimiento de los requisitos de calificación de los postores que siguen en el orden de prelación, en caso las hubiere.

#### 1.12. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO

Definida la oferta ganadora, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, otorga la buena pro mediante su publicación en el SEACE, incluyendo el cuadro comparativo y las actas debidamente motivadas de los resultados de la admisión, no admisión, evaluación, calificación, descalificación, rechazo y el otorgamiento de la buena pro.

#### 1.13. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO

Cuando se hayan presentado dos (2) o más ofertas, el consentimiento de la buena pro se produce a los cinco (5) días hábiles siguientes de la notificación de su otorgamiento, sin que los postores hayan ejercido el derecho de interponer el recurso de apelación.

En caso que se haya presentado una sola oferta, el consentimiento de la buena pro se produce el mismo día de la notificación de su otorgamiento.

El consentimiento del otorgamiento de la buena pro se publica en el SEACE al día hábil siguiente de producido.

##### **Importante**

*Una vez consentido el otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el órgano de la Entidad al que se haya asignado tal función realiza la verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro conforme lo establecido en el numeral 64.6 del artículo 64 del Reglamento.*

## CAPÍTULO II

### SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

#### 2.1. RECURSO DE APELACIÓN

A través del recurso de apelación se pueden impugnar los actos dictados durante el desarrollo del procedimiento de selección hasta antes del perfeccionamiento del contrato.

El recurso de apelación se presenta ante la Entidad convocante, y es conocido y resuelto por su Titular, cuando el valor estimado sea igual o menor a cincuenta (50) UIT. Cuando el valor estimado sea mayor a dicho monto, el recurso de apelación se presenta ante y es resuelto por el Tribunal de Contrataciones del Estado.

En los procedimientos de selección según relación de ítems, el valor estimado total del procedimiento determina ante quién se presenta el recurso de apelación.

Los actos que declaren la nulidad de oficio, la cancelación del procedimiento de selección y otros actos emitidos por el Titular de la Entidad que afecten la continuidad de este, se impugnan ante el Tribunal de Contrataciones del Estado.

#### Importante

- *Una vez otorgada la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, está en la obligación de permitir el acceso de los participantes y postores al expediente de contratación, salvo la información calificada como secreta, confidencial o reservada por la normativa de la materia, a más tardar dentro del día siguiente de haberse solicitado por escrito.*

*Luego de otorgada la buena pro no se da a conocer las ofertas cuyos requisitos de calificación no fueron analizados y revisados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda.*

- *A efectos de recoger la información de su interés, los postores pueden valerse de distintos medios, tales como: (i) la lectura y/o toma de apuntes, (ii) la captura y almacenamiento de imágenes, e incluso (iii) pueden solicitar copia de la documentación obrante en el expediente, siendo que, en este último caso, la Entidad deberá entregar dicha documentación en el menor tiempo posible, previo pago por tal concepto.*
- *El recurso de apelación se presenta ante la Mesa de Partes del Tribunal o ante las oficinas desconcentradas del OSCE, o en la Unidad de Trámite Documentario de la Entidad, según corresponda.*

#### 2.2. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

La apelación contra el otorgamiento de la buena pro o contra los actos dictados con anterioridad a ella se interpone dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse notificado el otorgamiento de la buena pro.

La apelación contra los actos dictados con posterioridad al otorgamiento de la buena pro, contra la declaración de nulidad, cancelación y declaratoria de desierto del procedimiento, se interpone dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse tomado conocimiento del acto que se desea impugnar.

### CAPÍTULO III DEL CONTRATO

#### 3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Los plazos y el procedimiento para perfeccionar el contrato se realiza conforme a lo indicado en el artículo 141 del Reglamento.

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene, salvo en los contratos cuyo monto del valor estimado no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en los que se puede perfeccionar con la recepción de la orden de servicios, conforme a lo previsto en la sección específica de las bases.

En el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, se puede perfeccionar el contrato con la suscripción del documento o con la recepción de una orden de servicios, cuando el valor estimado del ítem corresponda al parámetro establecido en el párrafo anterior.

##### Importante

*El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, debe consignar en la sección específica de las bases la forma en que se perfeccionará el contrato, sea con la suscripción del contrato o la recepción de la orden de servicios. En caso la Entidad perfeccione el contrato con la recepción de la orden de servicios no debe incluir la proforma del contrato establecida en el Capítulo V de la sección específica de las bases.*

Para perfeccionar el contrato, el postor ganador de la buena pro debe presentar los documentos señalados en el artículo 139 del Reglamento y los previstos en la sección específica de las bases.

#### 3.2. GARANTÍAS

Las garantías que deben otorgar los postores y/o contratistas, según corresponda, son las de fiel cumplimiento del contrato y por los adelantos.

##### 3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

Como requisito indispensable para perfeccionar el contrato, el postor ganador debe entregar a la Entidad la garantía de fiel cumplimiento del mismo por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original. Esta se mantiene vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del contratista.

##### 3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

En las contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, tales como mantenimiento, reparación o actividades afines, se otorga una garantía adicional por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesoria, la misma que debe ser renovada periódicamente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

##### Importante

- En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no superen el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.
- En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establecen los numerales 149.4 y 149.5 del artículo 149 del Reglamento y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento.

### 3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

En caso se haya previsto en la sección específica de las bases la entrega de adelantos, el contratista debe presentar una garantía emitida por idéntico monto conforme a lo estipulado en el artículo 153 del Reglamento.

## 3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

Las garantías que se presenten deben ser incondicionales, solidarias, irrevocables y de realización automática en el país, al solo requerimiento de la Entidad. Asimismo, deben ser emitidas por empresas que se encuentren bajo la supervisión directa de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y que cuenten con clasificación de riesgo B o superior. Asimismo, deben estar autorizadas para emitir garantías; o estar consideradas en la última lista de bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú.

### Importante

Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro y/o contratista cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.

### Advertencia

Los funcionarios de las Entidades no deben aceptar garantías emitidas bajo condiciones distintas a las establecidas en el presente numeral, debiendo tener en cuenta lo siguiente:

1. La clasificadora de riesgo que asigna la clasificación a la empresa que emite la garantía debe encontrarse listada en el portal web de la SBS (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/clasificadoras-de-riesgo>).
2. Se debe identificar en la página web de la clasificadora de riesgo respectiva, cuál es la clasificación vigente de la empresa que emite la garantía, considerando la vigencia a la fecha de emisión de la garantía.
3. Para fines de lo establecido en el artículo 148 del Reglamento, la clasificación de riesgo B, incluye las clasificaciones B+ y B.
4. Si la empresa que otorga la garantía cuenta con más de una clasificación de riesgo emitida por distintas empresas listadas en el portal web de la SBS, bastará que en una de ellas cumpla con la clasificación mínima establecida en el Reglamento.

En caso exista alguna duda sobre la clasificación de riesgo asignada a la empresa emisora



*de la garantía, se deberá consultar a la clasificadora de riesgos respectiva.*

*De otro lado, además de cumplir con el requisito referido a la clasificación de riesgo, a efectos de verificar si la empresa emisora se encuentra autorizada por la SBS para emitir garantías, debe revisarse el portal web de dicha Entidad (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/relacion-de-empresas-que-se-encuentran-autorizadas-a-emitar-cartas-fianza>).*

*Los funcionarios competentes deben verificar la autenticidad de la garantía a través de los mecanismos establecidos (consulta web, teléfono u otros) por la empresa emisora.*

### **3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS**

La Entidad puede solicitar la ejecución de las garantías conforme a los supuestos contemplados en el artículo 155 del Reglamento.

### **3.5. ADELANTOS**

La Entidad puede entregar adelantos directos al contratista, los que en ningún caso exceden en conjunto del treinta por ciento (30%) del monto del contrato original, siempre que ello haya sido previsto en la sección específica de las bases.

### **3.6. PENALIDADES**

#### **3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de conformidad con el artículo 162 del Reglamento.

#### **3.6.2. OTRAS PENALIDADES**

La Entidad puede establecer penalidades distintas a la mencionada en el numeral precedente, según lo previsto en el artículo 163 del Reglamento y lo indicado en la sección específica de las bases.

Estos dos tipos de penalidades se calculan en forma independiente y pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

### **3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

Las causales para la resolución del contrato, serán aplicadas de conformidad con el artículo 36 de la Ley y 164 del Reglamento.

### **3.8. PAGOS**

El pago se realiza después de ejecutada la respectiva prestación, pudiendo contemplarse pagos a cuenta, según la forma establecida en la sección específica de las bases o en el contrato.

La Entidad paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

La conformidad se emite en un plazo máximo de siete (7) días de producida la recepción salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad del funcionario que debe emitir la conformidad.

En el caso que se haya suscrito contrato con un consorcio, el pago se realizará de acuerdo a lo que se indique en el contrato de consorcio.

**Advertencia**

*En caso de retraso en los pagos a cuenta o pago final por parte de la Entidad, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, esta reconoce al contratista los intereses legales correspondientes, de conformidad con el artículo 39 de la Ley y 171 del Reglamento, debiendo repetir contra los responsables de la demora injustificada.*

**3.9. DISPOSICIONES FINALES**

Todos los demás aspectos del presente procedimiento no contemplados en las bases se regirán supletoriamente por la Ley y su Reglamento, así como por las disposiciones legales vigentes.

## **SECCIÓN ESPECÍFICA**

### **CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

(EN ESTA SECCIÓN LA ENTIDAD DEBERÁ COMPLETAR LA INFORMACIÓN EXIGIDA, DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES INDICADAS)

## CAPÍTULO I GENERALIDADES

### 1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : Seguro Social de Salud  
RUC N° : 20131257750  
Domicilio legal : Avenida Jose Santos Chocano s/n Urb. La Capilla - Juliaca  
Teléfono/Fax: : 051-322990  
Correo electrónico: : [elvis.gonzales@essalud.gob.pe](mailto:elvis.gonzales@essalud.gob.pe)

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la **Contratación del servicio de Atención Ambulatoria del Paciente con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Hemodiálisis para la Red Asistencial Juliaca** por el periodo de 12 meses (AS Homologación).

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **Resolución de Gerencia N° 465-GRAJUL-ESSALUD-2023 el 24 de noviembre del 2023.**

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos Directamente Recaudados.

#### Importante

*La fuente de financiamiento debe corresponder a aquella prevista en la Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal en el cual se convoca el procedimiento de selección.*

### 1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente procedimiento se rige por el sistema de **Precios Unitarios**, de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

### 1.6. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

De acuerdo al resultado de la indagación de mercado, se observa que los proveedores cuentan con la capacidad requerida para la atención total del requerimiento, por lo que no se distribuirá la buena pro.

### 1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

El alcance de la prestación está definido en el Capítulo III de la presente sección de las bases.

### 1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

dieciocho

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de 365 días calendarios (o 12 meses), en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

### 1.9. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo

efecto deben cancelar en monto de S/. 18.00 (dieciocho con 00/100 soles) en la Unidad de tesorería, y la entrega es en la División de Adquisiciones de la Gerencia de la Red Asistencial Juliaca sito en la Av. José Santos Chocano s/n, Urb. La Capilla – Juliaca.

**Importante**

*El costo de entrega de un ejemplar de las bases no puede exceder el costo de su reproducción.*

**1.10. BASE LEGAL**

- Ley 31638 - Ley del Presupuesto del Sector Publico para el año fiscal 2023.
- Ley 31639 - Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Publico para el año fiscal 2023.
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 304-2012-EF, TUO de la Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- Ley N° 30225 – Ley de Contrataciones del Estado, en adelante la Ley.
- Reglamento de la Ley 30225, Ley de contratación del Estado, aprobado mediante Decreto Supremo N° 344-2018-EF y modificaciones.
- Directivas del OSCE.
- Ley N° 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27056 – Ley de Creación del Seguro Social del Salud.
- Decreto Supremo N° 002-2004-TR modifica el Reglamento de la Ley de Creación del Seguro Social – EsSalud.
- Decreto Supremo N° 002-99-TR Reglamento de la Ley N° 27056.
- Ley N° 28006 – Ley que garantiza la intangibilidad de los Fondos y Reservas de la Seguridad social y Restituye la Autonomía Administrativa, Económica, Financiera y Presupuestal de EsSalud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Decreto Supremo N° 008-2008-TR, Reglamento de la Ley MYPE.
- Decreto Supremo N° 013-2002-TR Aprueban el Texto Único de Procedimientos Administrativos del Seguro Social de Salud – EsSalud.
- Decreto Supremo N° 013-2013-PRODUCE - Texto Único Ordenado de la Ley de Impulso al Desarrollo Productivo y al Crecimiento Empresarial.
- Directiva N° 001-2001- FONAFE, Directiva de Gestión de las Entidades bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado – FONAFE.
- Directiva de Gestión y Proceso Presupuestario de las Empresas bajo el ámbito de FONAFE, aprobada mediante Acuerdo de Directorio No. 003-2005/018-FONAFE y sus modificatorias
- Código Civil.
- Decreto Supremo N° 103-2020-EF, Decreto Supremo que establece disposiciones reglamentarias para la tramitación de los procedimientos de selección que se reinicien en el marco del Texto Único Ordenado de la Ley N° 30225.
- Resolución Ministerial N° 804-2022/MINSA.
- Directivas del OSCE.
- Cualquier otra disposición legal vigente que permita desarrollar el objeto de la convocatoria que no contravenga lo regulado por la Ley de Contrataciones del Estado.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

## CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

Según el cronograma de la ficha de selección de la convocatoria publicada en el SEACE.

#### Importante

*De conformidad con la vigesimosegunda Disposición Complementaria Final del Reglamento, en caso la Entidad (Ministerios y sus organismos públicos, programas o proyectos adscritos) haya difundido el requerimiento a través del SEACE siguiendo el procedimiento establecido en dicha disposición, no procede formular consultas u observaciones al requerimiento.*

### 2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos<sup>3</sup>, la siguiente documentación:

#### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

##### 2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

- a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.

En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto.

En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda.

En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.

- c) **Advertencia**  
*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>4</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.*

Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 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 la presente sección. (**Anexo N° 3**)

<sup>3</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>4</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

- e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. **(Anexo N° 4)**<sup>5</sup>
- f) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. **(Anexo N° 5)**
- g) El precio de la oferta en SOLES. Adjuntar obligatoriamente el **Anexo N° 6**.  
  
El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. Los precios unitarios pueden ser expresados con más de dos (2) decimales.
- h) Compromiso de Integridad de los proveedores del Seguro Social de Salud – ESSALUD (Anexo 13), en merito al **MEMORANDO CIRCULAR N° 062-GG-ESSALUD-2022**.

**Importante**

- *El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.*
- *En caso de requerir estructura de costos o análisis de precios, esta se presenta para el perfeccionamiento del contrato.*

**2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación**

Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los “**Requisitos de Calificación**” que se detallan en el numeral 3.2 del Capítulo III de la presente sección de las bases.

**Advertencia**

*El órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, no podrá exigir al postor la presentación de documentos que no hayan sido indicados en los acápites “Documentos para la admisión de la oferta”, “Requisitos de calificación” y “Factores de evaluación”.*

**2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO**

El postor ganador de la buena pro debe presentar los siguientes documentos para perfeccionar el contrato:

- a) Garantía de fiel cumplimiento del contrato, de ser el caso.
- b) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes, de ser el caso.
- c) Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el número de su cuenta bancaria y la entidad bancaria en el exterior.
- d) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.
- e) Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.

**Advertencia**

<sup>5</sup> En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de prestación del servicio, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>6</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).*

- f) Domicilio y correo electrónico, para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- g) Autorización de notificación de la decisión de la Entidad sobre la solicitud de ampliación de plazo mediante medios electrónicos de comunicación<sup>7</sup>. (**Anexo N° 12**).
- h) Estructura de costos<sup>8</sup>.
- i) La documentación establecida en los términos de referencia.

#### Importante

- *En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y en el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no podrán ser aceptadas por las Entidades. No se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio, conforme lo dispuesto en la Directiva Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.*
- *En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establece el numeral 149.4 del artículo 149 y el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Para dicho efecto los postores deben encontrarse registrados en el REMYPE, consignando en la Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1) o en la solicitud de retención de la garantía durante el perfeccionamiento del contrato, que tienen la condición de MYPE, lo cual será verificado por la Entidad en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2> opción consulta de empresas acreditadas en el REMYPE.*
- *En los contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias. Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

#### Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior*

<sup>6</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

<sup>7</sup> En tanto se implemente la funcionalidad en el SEACE, de conformidad con la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 234-2022-EF.

<sup>8</sup> Incluir solo cuando resulte necesario para la ejecución contractual, identificar los costos de cada uno de los rubros que comprenden la oferta.



*tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya<sup>9</sup>.*

- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

## **2.4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO**

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en la División de Adquisiciones de la Gerencia de la Red Asistencial Juliaca – 3er. Piso, sito en la Av. José Santos Chocano s/n, Urb. La Capilla – Juliaca., en el horario de 07:30 a 15:30 horas.

## **2.5. FORMA DE PAGO**

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en pagos periódicos mensuales.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Informe o conformidad será emitida por el comité de conformidad del Hospital Base III Juliaca, evaluando la documentación presentada por la IPRESS contratada y de acuerdo a al Cap III de la Sección específica de las Bases.
- Comprobante de pago.
- Orden de Compra
- La documentación establecida en los términos de referencia.

Dicha documentación se debe presentar en la División de Adquisiciones, sito en la A.v. José Santos Chocano s/n, Urbanización la Capilla, Distrito de Juliaca, del dpto. Puno.

<sup>9</sup> Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

### CAPÍTULO III REQUERIMIENTO

#### Importante

*De conformidad con el numeral 29.8 del artículo 29 del Reglamento, el área usuaria es responsable de la adecuada formulación del requerimiento, debiendo asegurar la calidad técnica y reducir la necesidad de su reformulación por errores o deficiencias técnicas que repercutan en el proceso de contratación.*

#### 3.1. TERMINOS DE REFERENCIA

CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS PARA LA RED ASISTENCIAL JULIACA-POR EL PERIODO DE 12 MESES (AS HOMOLOGACIÓN).

**ANUAL DE 15,600 SESIONES**

0115 106

## FICHA DE HOMOLOGACIÓN

## I. DESCRIPCIÓN GENERAL

Código del CUBSO : 8512150400390508

Denominación del requerimiento : Servicio de atención ambulatoria del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis

Denominación Técnica : Servicio de atención ambulatoria del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis

Unidad de medida : Servicio (véase nota 1).

Resumen : El servicio de atención ambulatoria del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis comprende sesiones de hemodiálisis para contribuir en la reducción de la morbilidad de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal y mejorar su calidad de vida.

**Nota 1:** La unidad de medida del servicio comprende al número de sesiones de hemodiálisis. La Entidad Contratante debe indicar el número de sesiones de hemodiálisis a atender en la elaboración de su requerimiento.

## II. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA

## 2.1. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

## 2.1.1 Características y especificaciones

Del Servicio:



| N° | Actividad                  | Descripción   |
|----|----------------------------|---|
| 1  | Admisión de pacientes      | <p>a) La asignación de pacientes a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) contratada se realiza de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 2).</p> <p>b) La IPRESS contratada admite a los pacientes asignados por la Entidad Contratante para brindar el servicio contratado.</p> <p>c) El paciente podrá solicitar su cambio de IPRESS (reasignación) de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 2).</p> <p>d) La IPRESS contratada comunica a la Entidad cuando el paciente deja de asistir a tres sesiones de hemodiálisis de forma continua, con la finalidad de que la Entidad gestione su egreso y liberar el cupo para otro paciente, de acuerdo a los canales de comunicación y procedimientos que establezca la Entidad Contratante (véase nota 3).</p> <p>e) Todo paciente nuevo deberá contar con una historia clínica inicial y consentimiento informado al ser admitido en la IPRESS contratada, los cuales contarán con los campos señalados en el anexo N° 1 y anexo N° 2, respectivamente.</p> |
| 2  | Recepción de los pacientes | <p>a) La IPRESS contratada verifica la identidad del paciente y la condición del asegurado a una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) cada vez que sea atendido, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 2). En el caso que el</p>   |

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
V.B.  
JEFATURA  
C. MESTAS

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
V.B.  
JEFATURA  
FISSAL  
G. CARLOS



0114

105



|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | <p>paciente haya perdido su condición de afiliado a la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), la IPRESS contratada deberá comunicarlo inmediatamente a la Entidad Contratante para la orientación al paciente en relación a su seguro de salud.</p> <p>b) La IPRESS contratada deberá efectuar las medidas de prevención y control para disminuir el riesgo de transmisión de la COVID-19 y otras enfermedades transmisibles, al ingreso y durante la permanencia del paciente en las instalaciones de la IPRESS contratada, según las normativas vigentes.</p> <p>c) Cuando se identifica un caso sospechoso de COVID-19, según su condición clínica, la IPRESS contratada deriva al paciente a un establecimiento de salud para su diagnóstico, según lo establecido por el Ministerio de Salud.</p> <p>d) La IPRESS contratada al tomar conocimiento que un paciente tiene una enfermedad infectocontagiosa deberá comunicarlo a la Entidad Contratante, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 2).</p>   |
| <br> | 3 | <p>Atención de la sesión de hemodiálisis</p> <p>a) La frecuencia estándar de hemodiálisis es tres (03) sesiones por semana, la cual podrá ser diferente previo sustento del médico tratante de la IPRESS contratada, ante la Entidad Contratante. En ese sentido, el número de sesiones por mes referencial corresponde a 13 sesiones.</p> <p>b) Las sesiones de hemodiálisis serán registradas en el formato de procedimiento de hemodiálisis, que forma parte de la historia clínica, la cual deberá contar con los campos señalados en el anexo N° 3.</p> <p>c) El médico especialista en nefrología es el responsable de la evaluación de los pacientes en el marco de la "Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis" y consigna la información en el formato de procedimiento de hemodiálisis (anexo N° 3: Parte de atención médica). El enfermero(a) consigna en el formato de procedimiento de hemodiálisis (anexo N° 3 - parte de atención de enfermería) la atención al paciente en el marco de la normativa vigente.</p> <p>d) En caso de que el personal de la IPRESS contratada atienda simultáneamente a pacientes de diferentes Entidades durante un turno de atención, se acepta que éste atienda hasta el número máximo de pacientes por turno establecido en la "Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Hemodiálisis.</p> <p>e) En caso el paciente presente una complicación durante la sesión de hemodiálisis y requiera atención en un establecimiento de salud de mayor complejidad, la IPRESS contratada deberá trasladar al paciente al establecimiento más cercano que cuente con capacidad resolutoria para brindar la atención correspondiente.</p> <p>f) La IPRESS contratada realiza actividades de promoción de la adherencia y autocuidado del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.</p> |



0113 104

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   | <p>g) La IPRESS contratada distribuye a los pacientes por módulos, turnos, días y/o ambientes, según corresponda, de acuerdo a su condición serológica para VIH, HTLV-1, Hepatitis B y Hepatitis C y según la condición de COVID-19 leve. La IPRESS contratada realiza la distribución (sectorización) en la sala de hemodiálisis de los pacientes con serología positiva y negativa a Hepatitis C, HTLV-1 y VIH basados según los estándares nacionales e internacionales, los cuales deberán estar consignados en el Manual de Bioseguridad de la IPRESS contratada. Los pacientes con hepatitis B deberán dializar con aislamiento estructural y con personal diferenciado. Asimismo, en el local aislado, corresponde la atención de los pacientes con otras indicaciones médicas de aislamiento estructural, según Norma Técnica de Salud N° 060-MINSA/DGSP-V.01.</p> <p>h) La IPRESS contratada atiende a los pacientes en hemodiálisis ambulatoria con diagnóstico de COVID-19 leve en secuencias y/o turnos y/o módulo(s) exclusivos, según lo señalado en la Resolución Ministerial N° 498-2020-MINSA y sus modificatorias.</p> <p>i) Cuando el médico especialista en nefrología considere necesario, indica la atención nutricional, atención de salud mental o atención de servicio social del paciente.</p> <p>j) Cuando el/la licenciado(a) en nutrición brinde atención nutricional, esta es registrada en la historia clínica en el formato de "Atención en nutrición", el cual contará con los campos señalados en el anexo N° 4.</p> <p>k) Cuando el/la licenciado(a) en psicología brinde atención de salud mental, esta es registrada en la historia clínica en el formato de "Atención en salud mental", el cual contará con los campos señalados en el anexo N° 5.</p> <p>l) Cuando el/la licenciado(a) en trabajo social brinde atención de servicio social, esta es registrada en la historia clínica en el formato de "Atención en servicio social", el cual contará con los campos señalados en el anexo N° 6.</p> |
| <br> | 4<br>Registros y reportes del servicio brindado | <p>a) Todas las atenciones realizadas en la IPRESS contratada son registradas en la historia clínica, de acuerdo a la normativa vigente establecida por la autoridad sanitaria nacional. Forman parte de la historia clínica los anexos N° 1, 2, 3, 4, 5 y 6, además de otros formatos que establezca la Entidad Contratante (véase nota 4).</p> <p>b) La IPRESS contratada realiza el registro de los formatos de los anexos N° 7-A, 7-B, 8, 9-A, 9-B, 9-C, 10, 11, 12, 13, además de otros formatos que establezca la Entidad Contratante (véase nota 4), los cuales podrán ser solicitados por esta durante el proceso de control de las prestaciones de salud o cuando lo requiera.</p> <p>c) La IPRESS contratada registra diariamente el Kardex de almacén con información de la cantidad de ingresos y egresos de dializadores y líneas arteriovenosas por número de serie y lote. Asimismo, la IPRESS contratada cuenta con el consolidado mensual de sesiones de hemodiálisis el cual es actualizado diariamente.</p>   |

U.L.L. 103

|  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
|  |                                     | <p>d) La IPRESS contratada remite mensualmente, de acuerdo a los procedimientos que la Entidad Contratante establece (véase nota 2), lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Valores de parámetros clínicos mensual: peso seco (en kg), peso pre-diálisis (en kg), peso post-diálisis (en kg), tiempo de hemodiálisis (en horas decimales), volumen de ultrafiltrado (en litros).</li> </ul> <p>e) La Entidad Contratante indica en el requerimiento si es que la IPRESS contratada debe remitir los siguientes reportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Valores de exámenes de laboratorio mensual: urea pre-diálisis (en mg/dL), urea post-diálisis (en mg/dL); de acuerdo a los procedimientos que la Entidad Contratante establece (véase nota 2).</li> <li>Resultado microbiológico mensual (cultivo con resultado cuantitativo de unidades formadoras de colonia de heterótrofos) en el líquido de diálisis; de acuerdo a los procedimientos que la Entidad Contratante establece (véase nota 2).</li> <li>Resultado del nivel de endotoxinas mensual en agua tratada a la salida de la ósmosis inversa, al inicio y final del anillo de distribución; de acuerdo a los procedimientos que la Entidad Contratante establece (véase nota 2).</li> </ul> <p>f) La IPRESS contratada realiza el registro de los documentos y formatos indicados por la Entidad Contratante en el aplicativo informático que la Entidad Contratante habilite para tal fin (véase nota 5).</p>   |
| <br> | <p>5</p> <p>Calidad de atención</p> | <p>La IPRESS contratada debe garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrece a los pacientes, para ello:</p> <p>a) La IPRESS contratada implementa el mejoramiento continuo de la calidad, con la finalidad de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios, usando como referencia la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad aprobada mediante RM N° 095-2012/MINSA y modificatorias. Asimismo, la IPRESS contratada realiza la actividad de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud de acuerdo a la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud" aprobada mediante RM N° 502-2016/MINSA y modificatorias.</p> <p>b) La IPRESS contratada efectúa los procedimientos para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las IPRESS, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 002-2019-SA y modificatorias. Asimismo, la IPRESS contratada remite a la Entidad Contratante reportes sobre la cantidad de reclamos atendidos en el mes, discriminados por causa y soluciones de los mismos, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 2).</p> <p>c) La IPRESS contratada realiza la evaluación de la satisfacción del usuario externo de forma semestral, de acuerdo a lo señalado en la RM N° 527-2011/MINSA y modificatorias. La IPRESS contratada remite a la Entidad Contratante los resultados de la evaluación, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad (véase nota 2).</p> |

Nota 2: La Entidad Contratante debe indicar el procedimiento en la elaboración de su requerimiento.

0111 102

**Nota 3:** La Entidad Contratante debe indicar los canales de comunicación y procedimientos en la elaboración de su requerimiento.

**Nota 4:** La Entidad Contratante debe indicar los otros formatos, en caso lo requiera, en la elaboración de su requerimiento.

**Nota 5:** La Entidad Contratante debe indicar en la elaboración de su requerimiento el aplicativo informático habilitado para el registro, así como los documentos y formatos que debe registrar la IPRESS contratada. En caso no se requiera el uso de un aplicativo informático, la Entidad Contratante lo indica en el requerimiento.

## 2.2. CONDICIONES DE EJECUCIÓN

### 2.2.1 Sobre las condiciones para la ejecución de la prestación

#### 2.2.1.1 Autorización para la atención del paciente de la Entidad Contratante

El inicio de las atenciones a los pacientes que acuden a la IPRESS contratada deberá estar sujeta a la autorización previa de la Entidad Contratante. En caso el paciente continúe atendándose en una IPRESS que haya tenido vínculo contractual con la Entidad Contratante, el paciente no requerirá de una nueva autorización para continuar recibiendo atenciones en el marco del servicio contratado.

#### 2.2.1.2 Recursos y facilidades a ser provistos por la Entidad Contratante

- A la firma del contrato, la Entidad Contratante remite a la IPRESS contratada (vía correo electrónico) los modelos de formatos que serán utilizados durante la ejecución del contrato.
- A la firma del contrato, la Entidad Contratante capacita a la IPRESS contratada y remite los accesos para el uso de los aplicativos informáticos que disponga la Entidad Contratante (véase nota 5) y entregará instructivos correspondientes.

#### 2.2.1.3 Aspectos relacionados a la atención del paciente

- La IPRESS contratada brinda el servicio de atención ambulatoria del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis cumpliendo las normativas y documentos señalados en el anexo N° 18, con sus respectivas actualizaciones y modificatorias (véase nota 6).
- La IPRESS contratada realiza la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) según lo establecido en la NTS N° 163-MINSA/2020/CDC aprobada mediante RM N° 523-2020-MINSA y modificatorias.
- La IPRESS contratada realiza la Notificación de brotes, epidemias u otros eventos de importancia para la Salud Pública (EVISAP) según lo establecido en la Directiva Sanitaria N° 047-MINSA-DGE-V.01, "Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública" aprobado mediante RM N° 545-2012-MINSA y modificatorias.
- La IPRESS contratada reporta a la Entidad Contratante los casos de seroconversión de hepatitis B y C y VIH (brotes) de acuerdo al anexo N° 13 "Ficha de investigación epidemiológica de infecciones virales en diálisis", de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 7).
- El personal de la IPRESS contratada de hemodiálisis cuenta con la inmunización contra la COVID 19, neumococo, Influenza, hepatitis B (HvB), tétano (dT) y vacuna anti-marihuana, de acuerdo a normativa vigente y modificatorias.
- Todo el personal de la IPRESS contratada debe contar con control serológico para VIH, HBsAg (antígeno de superficie de Hepatitis B), Hepatitis C y VDRL al inicio del contrato y anualmente; según normativa vigente y modificatorias. Asimismo, el personal de limpieza y profesional en mantenimiento de máquinas de la IPRESS contratada debe estar inmunizado contra el tétano y difteria [verificado mediante carné de vacuna dT]. Todo el personal de la IPRESS contratada debe contar con control serológico del



C. MESTAS



G. CARLOS



0110<sub>101</sub>

anticuerpo anti-antígeno de superficie del VHB (HBsAb) al inicio del contrato y anualmente. La protección contra el virus de hepatitis B [ es verificada a través del esquema completo de vacunación contra el virus de hepatitis B y de los resultados a títulos mayores a 10 mili unidades internacionales (mUI)].

- g) La IPRESS contratada debe contar con equipos de protección personal según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes, en cantidad suficiente para mantener permanentemente un stock de recambio para el día, para los casos de deterioro, ingreso y para atención de contingencias.
- h) La IPRESS contratada deberá mantener la limpieza, desinfección y esterilización apropiada de equipos y dispositivos médicos, de acuerdo a la recomendación del fabricante. La gestión de residuos sólidos, en la IPRESS contratada, debe cumplir la normativa vigente y sus modificatorias. Asimismo, debe cumplir las recomendaciones para el manejo de residuos sólidos generados durante la atención de pacientes con COVID-19.
- i) La IPRESS contratada brinda atención a los pacientes en hemodiálisis ambulatoria con el diagnóstico de COVID-19 Leve, de acuerdo a las disposiciones emitidas por el Ministerio de Salud para el manejo de personas afectadas por COVID-19 y otros documentos normativos emitidos en el Perú en relación al COVID-19.
- j) Cuando el paciente con diagnóstico de COVID-19 presente signos de alarma (características clínicas del paciente que indican que requiere atención médica inmediata) la IPRESS contratada lo deriva al establecimiento de salud más cercano que cuente con capacidad resolutive para brindar la atención correspondiente.

**Nota 6:** La Entidad Contratante debe indicar otras normativas y documentos, en caso lo requiera, en la elaboración de su requerimiento.

**Nota 7:** La Entidad Contratante debe indicar el procedimiento en la elaboración de su requerimiento.

#### 2.2.1.4 Aspectos relacionados al tratamiento de agua

- a) La producción de agua tratada para hemodiálisis y líquido de diálisis se realiza considerando las siguientes normativas y modificatorias:
- 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".
  - Complete Dialysis Collection - 2020 Edition, de la Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI).
  - Guía de gestión de calidad del líquido de diálisis (LD) (segunda edición, 2015) - Sociedad Española de Nefrología y sus actualizaciones.
  - Guía de gestión de calidad del líquido de hemodiálisis (GGCLD) 2021 – Sociedad Española de Nefrología y sus actualizaciones.
- b) La IPRESS contratada realizará el control y registro de los siguientes parámetros:
- i. En agua tratada a la salida de la ósmosis inversa:
- Medición y registro diario de la conductividad y pH (antes de la primera sesión de hemodiálisis del día).
  - Medición y registro diario de la dureza (antes de la primera sesión de hemodiálisis del día).
  - Control y registro diario del resultado cloraminas (antes de la primera sesión de hemodiálisis del día).
  - Control y registro del nivel de endotoxinas (frecuencia mensual).
- ii. En un punto de toma de agua tratada de máquina de la sala de hemodiálisis
- Control y registro trimestral de resultados de laboratorio de contaminantes químicos y electrolitos, considerando los parámetros indicados en el anexo N° 14.





0109 100

- iii. En agua tratada al inicio y final de cada anillo de distribución:
- Control y registro del nivel de endotoxinas (frecuencia mensual).
- iv. En líquido de diálisis:
- Control y registro mensual del resultado microbiológico (cultivo con resultado cuantitativo de unidades formadoras de colonia de heterótrofos) de dos (02) máquinas de hemodiálisis (aleatoriamente hasta completar cíclicamente la totalidad de máquinas de la IPRESS).
- c) Los exámenes de laboratorio de contaminantes químicos y electrolitos (señalados en el anexo N° 14), estudio microbiológico y el nivel de endotoxinas deben ser realizados por un laboratorio externo registrado en Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) o un laboratorio con método acreditado por la Dirección de Acreditación del Instituto Nacional de Calidad (INACAL). Los resultados deben tener el nombre y firma del profesional responsable del laboratorio correspondiente.
- d) La medición y registro de conductividad, pH, dureza y cloraminas son realizados por la IPRESS aplicando el test correspondiente de acuerdo a las indicaciones del fabricante. El Registro diario de la calidad de agua tratada en hemodiálisis (consignando mínimamente pH, conductividad, cloramina y dureza) debe ser emitido por el personal encargado de mantenimiento de acuerdo al anexo N° 10 y contar con firma del personal quien lo realiza y del médico responsable del turno de atención. En caso se identifiquen valores alterados, el responsable del sistema de tratamiento de agua comunica al médico asistencial de turno para tomar las acciones correspondientes y corregir estos valores.
- e) La IPRESS contratada realiza:
- Desinfección quincenal del tanque de almacenamiento y de las líneas de distribución de agua tratada. Para el procedimiento de desinfección quincenal de tanques y tuberías, debe presentarse registro y constancia de su realización con firma y sello del director médico en caso sea realizado por la misma IPRESS. Cuando este procedimiento es brindado por un servicio tercerizado presentará certificado de la empresa con firma y sello del profesional correspondiente.
  - Limpieza y desinfección semestral de cisternas y/o tanques elevados (certificado emitido por empresa de saneamiento ambiental).
- f) El responsable del sistema de tratamiento de agua, con conocimiento del Director Médico, cuenta con un archivo físico de los registros secuenciales de desinfecciones y/o sanitización de equipos y componentes del sistema de tratamiento de agua y su sistema de distribución, así como de los controles microbiológicos y medición de endotoxinas en agua y líquido de diálisis. Este archivo podrá ser solicitado por la Entidad Contratante para su control.

#### 2.2.1.5 Medidas de control durante la ejecución contractual

- a) La Entidad Contratante realiza el control de las prestaciones de salud, con la finalidad de verificar que el proceso de atención se realice según las condiciones señaladas en el requerimiento. La Entidad Contratante establece los procedimientos de control de las prestaciones de salud que realiza a la IPRESS contratada (véase nota 8), lo cuales pueden efectuarse de forma presencial o en gabinete. En el procedimiento de control de las prestaciones de salud se identifica la aplicación de penalidades, según corresponda.
- b) Las recomendaciones resultado del control de las prestaciones de salud son implementadas por la IPRESS contratada, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 9).
- c) Las observaciones que sean transversales a otras instituciones de control serán informadas debidamente por la Entidad Contratante.
- d) La IPRESS contratada otorga las facilidades tecnológicas y operativas a los profesionales que realicen las actividades de control, quienes pueden realizar el



0108 099

registro escrito, fotográfico o filmico de los hallazgos encontrados durante el proceso de control. Asimismo, la IPRESS contratada designa al personal que asista y/o facilite la documentación requerida durante las actividades de control.

- e) La Entidad Contratante podrá auditar las referencias emitidas por la IPRESS contratada, pudiendo solicitar opinión e informe sobre las causas que motivaron la emergencia del paciente al establecimiento de salud de referencia.

**Nota 8:** La Entidad Contratante debe indicar el procedimiento de control de las prestaciones de salud en la elaboración de su requerimiento.

**Nota 9:** La Entidad Contratante debe indicar el procedimiento en la elaboración de su requerimiento.

## 2.2.2 Conformidad de la prestación

2.2.2.1 La recepción de los documentos para la conformidad de la prestación del servicio se realiza mensualmente y corresponde a todas las atenciones brindadas en el mes anterior y consideradas para la conformidad según el procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 10). La IPRESS contratada remite a la Entidad Contratante los documentos para la conformidad de la prestación del servicio, en formato digital, de acuerdo al procedimiento y plazo establecido por la Entidad Contratante (véase nota 11).

2.2.2.2 La conformidad se sujeta a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

2.2.2.3 De existir observaciones, la Entidad Contratante las comunica a la IPRESS contratada, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole el plazo para subsanar conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

2.2.2.4 Si durante el proceso de conformidad se aprecia la existencia de documentos presuntamente adulterados y/o falsos, la Entidad Contratante realizará las denuncias correspondientes que hubiere lugar, sin perjuicio de aplicarse lo señalado por el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en lo referente a la aplicación de penalidades y resolución de contrato.

**Nota 10:** La Entidad Contratante debe indicar qué atenciones son consideradas para la conformidad en la elaboración de su requerimiento.

**Nota 11:** La Entidad Contratante debe indicar en la elaboración de su requerimiento lo siguiente:

- Los documentos para la conformidad de la prestación del servicio
- El procedimiento para la remisión de documentos para la conformidad de la prestación del servicio
- El plazo para la remisión de documentos para la conformidad de la prestación del servicio.

## 2.2.3 Lugar y plazo de prestación del servicio

### 2.2.3.1 Lugar

El servicio contratado es brindado en el ámbito geográfico indicado por la Entidad Contratante (véase nota 12).

### 2.2.3.2 Plazo

La IPRESS contratada deberá contar con la operatividad de todos los servicios contratados dentro del plazo de la prestación del servicio (véase nota 13), el mismo que se computa desde la fecha que se establezca en el contrato, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

**Nota 12:** La Entidad Contratante debe precisar en la elaboración de su requerimiento el distrito, provincia y/o departamento en donde se brindará el servicio.

**Nota 13:** La Entidad Contratante debe precisar en la elaboración de su requerimiento el plazo de la prestación del servicio expresado en días calendario.





0107 098

**2.2.4 Forma de pago**

El pago se sujeta a las disposiciones establecidas en la Ley de Contrataciones del Estado, y su Reglamento.

**2.2.5 Penalidades**

- a) Por mora en la ejecución de la prestación  
En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto de contrato, la Entidad Contratante le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de conformidad con el artículo 162° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. Se incluye en la penalidad por mora el retraso en la entrega de los documentos para la conformidad de la prestación del servicio (véase nota 14).
- b) Otras penalidades
- Se aplicará la penalidad del monto total de la factura mensual a la IPRESS que incurra en los casos detallados en el anexo N° 15.
  - Las penalidades serán de aplicación sin perjuicio de la obligación de resarcimiento de los daños y perjuicios u otra acción legal que pudieran tener lugar y de las deducciones en los pagos a cargo la Entidad Contratante de acuerdo con lo pactado.
  - El resarcimiento de los hallazgos evidenciados en el control que realiza la Entidad Contratante mediante la implementación de las recomendaciones no exceptúa la aplicación de las penalidades.

Las penalidades del literal a) y b) pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

**Nota 14:** Se considera retraso injustificado a la entrega fuera del plazo de los documentos para la conformidad del servicio o para la subsanación de prestaciones observadas en el proceso de conformidad.

**2.2.6 Confidencialidad**

- a) La IPRESS contratada deberá guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los pacientes asignados por la Entidad Contratante y de aquella que se genere por la prestación del servicio, respetando lo previsto en la Ley 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento; y la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

**2.2.7 Impacto ambiental**

- a) La IPRESS contratada debe realizar la adecuada gestión y manejo de residuos sólidos generados por el servicio contratado, según lo establecido en la Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA. "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación", sus modificatorias y otras normativas vigentes.
- b) La IPRESS contratada deberá cumplir con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1278, Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos y modificatorias. Asimismo, debe cumplir con las recomendaciones para el manejo de residuos generados durante la atención de pacientes con COVID-19 establecidas por el Ministerio de Salud.
- c) El cumplimiento de lo anteriormente señalado será verificado a través del proceso de control de las prestaciones de salud que la Entidad Contratante disponga.

**2.2.8 Recursos a ser provistos por el contratista**

0106 097

- a) Los recursos a ser provistos por el contratista se encuentran establecidos en el anexo N° 17.
- b) En relación a la infraestructura de la sala de hemodiálisis, el contratista presenta a la firma del contrato la copia del plano de distribución de la Unidad Productora de Servicios de hemodiálisis suscrito por el profesional competente (ingeniero civil o arquitecto, colegiados), el cual detalla las siguientes especificaciones de la Infraestructura de la sala de hemodiálisis: área mínima de 6 m<sup>2</sup> por cada puesto de hemodiálisis (incluyendo el local aislado), área mínima de 4 m<sup>2</sup> para la estación de enfermería (uno por módulo) y la superficie de circulación (mínimo de 15% adicional a la superficie total de los puestos de hemodiálisis y estaciones de enfermería).
- c) En relación al equipo del sistema de tratamiento de agua, el contratista presenta a la firma del contrato constancias de instalación u operatividad de todos los componentes y sus características señalados en el Sistema de tratamiento de agua del anexo N° 17.
- d) En relación a las características de las máquinas de hemodiálisis, el contratista presenta a la firma del contrato las fichas técnicas o constancias emitidas por el fabricante que indiquen que las máquinas de hemodiálisis cuentan con las características técnicas señaladas en los literales b) y c) de la fila "máquina de hemodiálisis" del cuadro N° 1 del anexo N° 17.
- e) En relación al monitor/desfibrilador portátil, el contratista presenta a la firma del contrato el registro sanitario vigente emitido por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID).
- f) En relación a los requisitos mínimos del personal, el contratista presenta a la firma del contrato los documentos requeridos en el literal b del numeral 6 del anexo N° 17, además de los resultados de laboratorio de control serológico para VIH, HBsAg (antígeno de superficie de Hepatitis B), anticuerpo anti-antígeno de superficie del VHB (HBsAb), Hepatitis C y VDRL de todo el personal.
- g) En relación al sistema de tratamiento de agua, el contratista presenta a la firma del contrato los siguientes documentos:
- Constancia de la desinfección del tanque de almacenamiento de agua y de las líneas de distribución de agua tratada, de una antigüedad no mayor a 15 días calendario.
  - Certificado de limpieza y desinfección de cisternas y/o tanques elevados, de una antigüedad no mayor a 6 meses.
- h) Asimismo, en relación al sistema de tratamiento de agua, la Entidad Contratante indica en el requerimiento si es que el contratista debe presentar a la firma del contrato los siguientes documentos:
- Resultado de laboratorio del nivel de endotoxinas en agua tratada a la salida de la ósmosis inversa, al inicio y final de cada anillo de distribución, de una antigüedad no mayor de 30 días calendario.
  - Resultado microbiológico (cultivo con resultado cuantitativo de unidades formadoras de colonia de heterótrofos) en líquido de diálisis de dos (02) máquinas de hemodiálisis, de una antigüedad no mayor de 30 días calendario.
  - Resultado de laboratorio de contaminantes químicos y electrolitos, considerando los parámetros indicados en el anexo N° 14, en un punto de toma de agua tratada de máquina de la sala de hemodiálisis, de una antigüedad no mayor de 30 días calendario.

#### 2.2.9 Otras consideraciones

- a) La atención de un paciente en la IPRESS contratada se efectúa en el marco de lo estipulado en el contrato suscrito. El paciente no realizará en ningún caso pago alguno por los servicios brindados.
- b) El número de pacientes mensuales que la IPRESS contratada atiende puede variar según la necesidad y la evolución de la morbilidad de la enfermedad renal crónica terminal.



C. MESTAS





0105 696

- c) La IPRESS contratada brindará facilidades a la Entidad Contratante para que pueda realizar actividades informativas a los pacientes y al personal de la misma.
- d) Lo declarado por el contratista está sujeto a la presunción de veracidad sin perjuicio de las verificaciones posteriores por parte de la Entidad Contratante y de las acciones legales que pueda realizar si se comprueba su falsedad.
- e) La IPRESS contratada deberá garantizar la capacitación permanente de su personal según sus necesidades y competencias. La IPRESS contratada deberá realizar capacitación permanente al personal de salud, pacientes y familiares sobre transmisión y prevención del COVID-19, entre otros, lo cual podrá ser verificado mediante los procesos de control que realice la Entidad Contratante.
- f) En el caso de complicaciones durante la sesión de hemodiálisis que originan el traslado de un paciente a un establecimiento de mayor complejidad, la IPRESS contratada deberá cumplir con las disposiciones vigentes establecidas en las normas de los procesos de referencia y contrareferencia vigente.
- g) La Entidad Contratante se reserva el derecho de solicitar cualquier información que estime conveniente relacionada al servicio contratado.

### 2.3. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

|   |  |
|---|--|
| A | <b>CAPACIDAD LEGAL</b>   |
|   | <b>HABILITACIÓN</b>  |
|   | <b>Requisitos:</b><br>El postor debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.</li> <li>• Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD.</li> </ul> <b>Acreditación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes.</li> <li>• Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| B | <b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>   |
|   | <b>B.1 EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>  |
|   | <b>Requisitos:</b><br>El postor debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cantidad de máquinas de hemodiálisis:</b> La Entidad Contratante debe indicar en la elaboración de su requerimiento el número de máquinas de hemodiálisis necesarias de acuerdo a su necesidad, de ser el caso indicando la cantidad por ítem, considerando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- cinco (05) máquinas de hemodiálisis como máximo por módulo,</li> <li>- una (01) máquina de emergencia por cada 1 o 2 módulos,</li> <li>- una (01) máquina de soporte técnico (de repuesto en caso de fallas técnicas ubicado en el cuarto de máquinas) por cada 1 o 2 módulos,</li> <li>- una (01) máquina de cebado y</li> <li>- una (01) máquina de hemodiálisis como mínimo en el local aislado.</li> </ul> </li> <li>• 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.</li> <li>• <b>Equipos mínimos del sistema de tratamiento de agua:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Filtro de sedimentos o multimedia o partículas</li> </ul> </li> </ul> |

Versión 01  
Página 11 de 71


0104 095

|          |  |
|----------|--|
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expresado como dos, doble o twin), con tanque de salmuera</li> <li>✓ Filtro de carbón activado</li> <li>✓ Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso</li> <li>✓ Filtro de hasta cinco (5) micrómetros</li> </ul> <p><b>Acreditación:</b><br/>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>C</b> | <b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>   |
|          | <p><b>Requisitos:</b><br/>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a [CONSIGNAR EL MONTO DE FACTURACIÓN EXPRESADO EN NÚMEROS Y LETRAS EN LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA, MONTO QUE NO PODRÁ SER MAYOR A TRES (3) VECES EL VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN O DEL ÍTEM], 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.<br/>Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p><b>Acreditación:</b><br/>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<sup>1</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p> |

## III ANEXOS



<sup>1</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado: "... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehacencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"  
(...)  
"Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término "cancelado" o "pagado"] supuesto en el cual si se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".

0103 094

ANEXO N° 1  
HISTORIA CLÍNICA INICIAL

I. **DATOS GENERALES:**

1.1. **DATOS DEL PACIENTE:**

- Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de atención: \_\_\_\_\_
- Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_
- N° de Afiliación: \_\_\_\_\_ • N° de DNI: \_\_\_\_\_
- Departamento: \_\_\_\_\_ • Provincia: \_\_\_\_\_
- Distrito: \_\_\_\_\_ • Teléfono: \_\_\_\_\_
- IPRESS pública de procedencia: \_\_\_\_\_
- Aseguradora: \_\_\_\_\_

1.2. **CONTACTO DE EMERGENCIA:**

- Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_
- Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
- Dirección: \_\_\_\_\_
- Departamento: \_\_\_\_\_ • Provincia: \_\_\_\_\_
- Distrito: \_\_\_\_\_ • Teléfono: \_\_\_\_\_

II. **EVALUACIÓN MÉDICA**

2.1. **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

- Enfermedad o condición clínica que produjo la enfermedad renal: \_\_\_\_\_
- Fecha de primera hemodiálisis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Comorbilidades: \_\_\_\_\_
- Grupo de sangre: \_\_\_\_\_
- Número de transfusiones: \_\_\_\_\_
- Diuresis residual en 24 horas: \_\_\_\_\_
- Medicación que recibe: \_\_\_\_\_
- Alergia a medicamentos: \_\_\_\_\_
- Otras terapias previas de reemplazo renal
  - Diálisis Peritoneal: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  - Trasplante Renal: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.2. **OTROS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:**

- Médicos: \_\_\_\_\_
- Quirúrgicos: \_\_\_\_\_
- Inmunizaciones:
  - a) Inmunización contra Hepatitis B
    - N° Dosis: \_\_\_\_\_
    - Fecha 1ra dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
    - Fecha 2da dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
    - Fecha 3ra dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
    - Dosis de refuerzo: \_\_\_\_\_
  - b) Inmunización contra COVID 19
    - Número de dosis y fechas: \_\_\_\_\_
  - c) Inmunización contra Influenza:
    - Fecha de última dosis: \_\_\_\_\_
  - d) Inmunización contra Neumococo:
    - Fecha de última dosis: \_\_\_\_\_



0104 093

### 2.3. ENFERMEDAD ACTUAL:

- Síntomas: \_\_\_\_\_

### 2.4. EXAMEN CLÍNICO:

- Funciones vitales:
  - Presión arterial: \_\_\_\_\_ - F.C. : \_\_\_\_\_ - F.R. : \_\_\_\_\_
- Peso: \_\_\_\_\_ • Talla: \_\_\_\_\_
- Piel: \_\_\_\_\_
- Acceso Vascular:
  - Accesos vasculares previos: \_\_\_\_\_
  - Fecha de creación del primer acceso vascular: \_\_\_\_\_
  - Causa de cambio y/o pérdida: \_\_\_\_\_
  - Fecha de realización de acceso vascular actual: / /
  - Ubicación:
    - Radial ☐ Humeral ☐ Otros ☐ (especificar): \_\_\_\_\_
    - Subclavia ☐ Yugular interna ☐ Femoral ☐
  - Tipo:
    - Fístula arterio venosa ☐ Catéter temporal ☐
    - Injerto ☐ Catéter permanente ☐
  - Thrill de fístula arteriovenosa:
    - Bueno ☐
    - Regular ☐
- A. Cardiovascular:
  - Corazón: \_\_\_\_\_
  - Pulsos Periféricos: \_\_\_\_\_
- Aparato respiratorio: \_\_\_\_\_
- Abdomen: \_\_\_\_\_
- Neurológico: \_\_\_\_\_
- Osteomuscular: \_\_\_\_\_
- Estado Nutricional: \_\_\_\_\_
- Índice de Karnofski: \_\_\_\_\_



### 2.5. EXÁMENES DE LABORATORIO:

- Hematología:
  - Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fecha: / /
  - Factor Rh : \_\_\_\_\_ Fecha: / /
  - Hb/Hto : \_\_\_\_\_ Fecha: / /
  - Tiempo de Hemodiálisis: \_\_\_\_\_
  - Transfusiones previas: SÍ ☐ NO ☐ Número: \_\_\_\_\_
- Bioquímica:
  - Glucosa : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Depuración de Creatinina : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Urea : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Creatinina : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Ácido Úrico : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Prot. Totales. : \_\_\_\_\_ Fecha : / /
  - Albúmina : \_\_\_\_\_ Fecha : / /



U1U1 092

|                               |       |         |          |          |
|-------------------------------|-------|---------|----------|----------|
| - Calcio                      | :     | _____   | Fecha :  | __/__/__ |
| - Fósforo                     | :     | _____   | Fecha :  | __/__/__ |
| - TGO                         | :     | _____   | Fecha :  | __/__/__ |
| - TGP                         | :     | _____   | Fecha :  | __/__/__ |
| - Hierro sérico               | :     | _____   | Fecha :  | __/__/__ |
| - Saturación de transferrina: | _____ | Fecha : | __/__/__ |          |
| - Dosaje de paratohormona:    | _____ | Fecha : | __/__/__ |          |

• Serología:

|                          |                                   |                                   |         |          |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------|----------|
| - Serológicas para Lúes: | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | Fecha : | __/__/__ |
| - AgHBs                  | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | Fecha : | __/__/__ |
| - AcHBs                  | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | Fecha : | __/__/__ |
| - AcHBc                  | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | Fecha : | __/__/__ |
| - AcHVC                  | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | Fecha : | __/__/__ |
| - HIV                    | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | Fecha : | __/__/__ |
| - HTLV-1                 | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo | Fecha : | __/__/__ |

• Prueba COVID-19: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_/\_\_/\_\_

• Ecografía Renal:    ☐ SÍ   ☐ NO    Fecha : \_\_/\_\_/\_\_

• RX de Tórax:        ☐ SÍ   ☐ NO    Fecha : \_\_/\_\_/\_\_

III. DATOS DEL MÉDICO

- Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_
- N° CMP : \_\_\_\_\_
- Especialidad: \_\_\_\_\_
- N° RNE : \_\_\_\_\_
- Firma y Sello : \_\_\_\_\_



0100 091

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Usted ha sido diagnosticada(o) con Enfermedad Renal Crónica Terminal, para lo cual tendrá que continuar con sus sesiones de hemodiálisis como tratamiento sustitutivo renal. Dicho procedimiento se realiza a través de un dializador con la finalidad de limpiar la sangre de las sustancias y del exceso de líquidos que sus riñones no son capaces de eliminar. Este procedimiento se realiza a través de un acceso vascular como pueden ser un catéter venoso central (temporal o permanente), fistula arterio-venoso o injerto.

En caso de tener una fistula o injerto se le realizarán dos punciones en cada sesión, mientras que si es portador de un catéter se realizará un procedimiento de conexión al sistema que se utilizará para el tratamiento de hemodiálisis.

Además de las sesiones de hemodiálisis, Ud. tendrá que colaborar activamente en el cumplimiento de la dieta y medicación que se le prescriba.

El tratamiento de hemodiálisis pretende mejorar su calidad de vida, no equivale a una curación de su enfermedad, no corrige las alteraciones provocadas por la enfermedad renal, no evita la progresión de algunas enfermedades y patologías asociadas (arterioesclerosis, diabetes, etc).

Las complicaciones que pueden presentarse durante la sesión de hemodiálisis son: náuseas, vómitos, dolor de cabeza (cefalea), hipotensión e hipertensión arterial, hemorragias (pérdida de sangre), visión borrosa, arritmias cardíacas, dolor torácico, calambres musculares; con respecto a la conexión y desconexión al sistema de hemodiálisis se puede presentar: ruptura del filtro o líneas arterio-venosas, coagulación del circuito de sangre, ruptura de glóbulos rojos (hemólisis), entrada de aire en el circuito de sangre (embolia gaseosa).

Así mismo, pueden producirse reacciones de hipersensibilidad al filtro, líneas arterio-venosas y sustancias de desinfección. También pueden ocurrir infecciones de la fistula arterio-venosa o del catéter venoso central o la contaminación del agua y/o líquido de diálisis, originando: fiebre, escalofríos, malestar general, dolor torácico y arritmias cardíacas.

Por ello, mediante lo expuesto, hago constar lo siguiente:

- He sido informado (a) respecto a mi enfermedad y sus complicaciones del tratamiento de hemodiálisis.
- Dejo constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, que comprendo la finalidad del tratamiento de hemodiálisis que se me propone y sus complicaciones.
- He comprendido la explicación que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, absolviendo las consultas que he planteado.



Firma o huella de paciente  
DNI: \_\_\_\_\_

Firma o huella de familiar o apoderado  
DNI: \_\_\_\_\_

Firma y sello de médico  
DNI: \_\_\_\_\_

0039 090

ANEXO N° 3  
FORMATO DE PROCEDIMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Nombres y apellidos: ..... Fecha: .....  
N° de afiliación a aseguradora: ..... N° de historia clínica .....  
N° de sesión de hemodiálisis del mes: ..... Frecuencia (veces/semana): ..... Turno: .....  
Atención en condiciones COVID 19: Sí ( ) No ( )

I. PARTE DE ATENCIÓN MÉDICA

I.1. EVALUACIÓN INICIAL

- Hora de evaluación inicial: .....
- Problemas clínicos: .....
- Signos y síntomas: .....
- Funciones vitales: .....
- Prescripción del tratamiento de hemodiálisis
  - ✓ Prescripción para máquina de hemodiálisis:
 

|                            |                     |                |
|----------------------------|---------------------|----------------|
| Horas de hemodiálisis:     | Qb.:                | Conductividad: |
| Dosis de heparina:         | Qd:                 | Na inicial:    |
| Peso seco:                 | Buffer: Bicarbonato | Na final:      |
| Peso inicial:              |                     | Perfil de Na.: |
| Ultrafiltrado a programar: |                     | Perfil de UF:  |
  - ✓ Prescripción para dializador:
 

|                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| Área de dializador: | Membrana de dializador: |
|---------------------|-------------------------|



.....  
Firma y sello del  
Especialista en Nefrología

I.2. EVALUACIÓN FINAL

- Hora de evaluación final: .....
- Condición clínica del paciente al finalizar hemodiálisis y otros: .....

.....  
Firma y sello del  
Especialista en Nefrología

0098 089

## II. PARTE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

## II.1. Valoración de enfermería

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 104

|                           |                           |          |               |                            |
|---------------------------|---------------------------|----------|---------------|----------------------------|
| Peso inicial:             | P.A. inicial:             |          |               |                            |
| Nº de Máquina:            | Marca/ modelo de máquina: |          | Nº de puesto: |                            |
| Área/membrana de filtro:  |                           |          |               |                            |
| Ultrafiltrado programado: |                           |          |               |                            |
| Acceso Vascular:          |                           |          |               |                            |
| Arterial:                 | FAV ( )                   | INJ. ( ) | CVC t. ( )    | CVC LP ( )                 |
| Venoso:                   | FAV. ( )                  | VP. ( )  | INJ. ( )      | CVC t. ( )      CVC LP ( ) |

## II.2. Administración de medicamentos:

| Presentación                     | Cantidad |
|----------------------------------|----------|
| Hierro 20 mg Fe/mL INY 5 mL      |          |
| Epoetina alfa 2000 UI/mL         |          |
| Epoetina alfa 4000 UI/mL         |          |
| Hidroxocobalamina 1mg/mL INY 1mL |          |
| Calcitriol 1 mcg/mL INY          |          |
| Otros:                           |          |

### II.3. Evolución del tratamiento de hemodiálisis:

[illegible]

P.A. final: ..... Peso final: .....

Observación final y otros: .....

Aspecto de filtro: .....

Lic. En enfermería  
Inicia tratamiento

Lic. En enfermería  
Finaliza tratamiento

0097 088

**ANEXO N° 4**  
**ATENCIÓN EN NUTRICIÓN**

Datos de filiación del paciente

Apellidos y nombres.....

N° de afiliación.....Tipo y número de documento.....

Dirección del domicilio.....

Distrito.....Provincia.....Departamento.....

Teléfono.....

Historia clínica

Historia nutricional

Medidas antropométricas

Resultados bioquímicos

Resultado del último Malnutrition Inflammation Score

Diagnóstico nutricional

Recomendaciones generales

Recomendaciones dietéticas



Fecha.....

Firma y sello de licenciado en nutrición .....



0096 084

**ANEXO N° 5**  
**ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**

Datos de filiación del paciente

Apellidos y nombres.....

N° de afiliación.....Tipo y número de documento.....

Dirección del domicilio.....

Distrito.....Provincia.....Departamento.....

Teléfono.....

Motivo de consulta

Observación de conducta

Pruebas psicológicas realizadas y resultados

Último resultado de EuroQol-5D

Diagnóstico psicológico

Plan de tratamiento

Recomendaciones



Fecha.....

Firma y sello de licenciado en psicología .....

0095 086

ANEXO N° 6  
ATENCIÓN EN SERVICIO SOCIAL

Datos de filiación del paciente

Apellidos y nombres.....  
N° de afiliación.....Tipo y número de documento.....  
Dirección del domicilio.....  
Distrito.....Provincia.....Departamento.....  
Teléfono.....

Evaluación social

Evaluación familiar

Evaluación de vivienda

Evaluación laboral

Evaluación económica

Diagnóstico social

Medidas generales

Medidas específicas



Fecha.....  
Firma y sello de licenciado en servicio social .....

0004 085

ANEXO N° 7-A  
CONTROL DIARIO DE DESCARTE DE DIALIZADORES  
(llenar por turno y por día)

IPRESS: \_\_\_\_\_  
MCS: \_\_\_\_\_ AND: \_\_\_\_\_

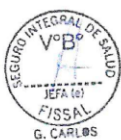
[illegible]

**Instrucciones:**

- Instrucciones:**
- 1) Consigne el nombre de todos los pacientes dializados durante el mes.
  - 2) Consigne la secuencia de diálisis (L-M-V o M-L-V) de todos los pacientes dializados durante el mes.
  - 3) Consigne la sigla del día de la semana (L, M, M, J, V) de 5 días de acuerdo a la fecha para el mes correspondiente, en las celdas sombreadas.
  - 4) Consigne el número correspondiente al fute utilizado en cada día de diálisis para cada uno de los pacientes dializados durante el mes.
  - 5) Consigne el número de código correspondiente en cada recuadro de interacción del paciente con el día de sesión de hemodiálisis realizado.



Versión 01  
Página 22 de 71



0093 084

ANEXO N° 7-B

**CONTROL DIARIO DE DESCARTE DE SET DE LÍNEAS ARTERIALES Y VENOSAS**

(llenar por turno y por día)

IPRESS: \_\_\_\_\_  
MPS: \_\_\_\_\_ ARQ: \_\_\_\_\_

| MES: |          | DÍA DE LA SEMANA |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | TOTAL<br>CÓDIGO<br>N°1 | TOTAL<br>CÓDIGO<br>N°2 | TOTAL<br>CÓDIGO<br>N°3 | TOTAL<br>CÓDIGO<br>N°4 | TOTAL<br>CÓDIGO<br>N°5 |  |
|------|----------|------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--|
| N°   | PACIENTE | SECUENCIA        | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31                     |                        |                        |                        |                        |  |
| 1    |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| 2    |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| 3    |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| 4    |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| 5    |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| 6    |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| 7    |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| 8    |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| 9    |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| 10   |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| -    |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
| 11   |          |                  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |
|      |          |                  | TOTAL |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |                        |                        |                        |                        |                        |  |

**INSTRUCCIONES:**

- 1) Consigne el nombre de todos los pacientes dializados durante el mes.
- 2) Consigne la secuencia de dilisis (L, M, V o M, L, V o T) de acuerdo a la fecha para el mes correspondiente, en las casillas combinadas.
- 3) Consigne la sigla del día de la semana (L, M, M, V, D o T) de acuerdo a la fecha para el mes correspondiente, en las casillas combinadas.
- 4) Consigne el número correspondiente al lote utilizado en cada día de dilisis para cada uno de los pacientes dializados durante el mes.
- 5) Consigne el número de código correspondiente en cada recuento de intervenciones del paciente con el día de sesión de hemodiálisis realizada.



2. MESTAS



Versión 01  
 Página 23 de 71

0092 083

**ANEXO N° 8**  
**REGISTRO DIARIO DE ATENCIONES DE ENFERMERÍA Y COMPLICACIONES DURANTE LA**  
**SESIÓN DE HEMODIÁLISIS**  
(llenar por módulo y por día)

Fecha: ..... Frecuencia: LMV MJS Módulo: .....

| Procedimientos                             | Cantidad (*)                                | Observaciones<br>(De presentarse complicaciones, consignar nombre de paciente) |
|--|---|--|
| Administración de Hierro                   | E.V   |  |
| Administración de Eritropoyetina           | E.V   |  |
|  | S.C   |  |
| Administración de Calcitriol               | E.V   |  |
| Administración de Hidroxibalamina          | E.V   |  |
| Administración de Antibiótico              | E.V   |  |
|  | Tópico                                      |  |
| Toma de muestra                            |   |  |
| Transfusión sanguínea                      |   |  |
| Abordaje de acceso vascular                | FAV   |  |
|  | INJERTO                                     |  |
|  | CVC temporal                                |  |
|  | CVC permanente                              |  |
| Curación de catéter venoso central         | CVC temporal                                |  |
|  | CVC permanente                              |  |
| Recanulaciones                             | Acceso arterial                             |  |
|  | Acceso venoso                               |  |
|  | Total en bolo inicial                       |  |
| Heparinización                             | Continúa                                    |  |
|  | Sin heparina                                |  |
|  | Restringida                                 |  |
| Test de acceso vascular                    | Número de test realizado al acceso vascular |  |
| Administración de oxígeno                  | Bigotera nasal                              |  |
|  | Máscara venturi                             |  |
|  | Máscara de reservorio                       |  |
|  | Hipotensión                                 |  |
|  | Hipertensión                                |  |
|  | Calambres                                   |  |
|  | Náuseas y vómitos                           |  |
|  | Cefalea                                     |  |
|  | Reacción química                            |  |
|  | Reacción pirógena                           |  |
| Atención en complicaciones intradialíticas | Cambio de dializador                        |  |
|  | Cambio de línea venosa                      |  |
|  | Cambio de línea arterial                    |  |
|  | Hiperkalemia                                |  |
|  | Edema agudo de pulmón                       |  |
|  | Paro cardíaco respiratorio                  |  |

(\*) La cantidad debe estar diferenciada por turnos de atención.



0091 082

[illegible]

Versión 01  
Página 25 de 71

0030081

REGISTRO MENSUAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

[illegible]

Versión 01  
Página 26 de 71

0039 080

ANEXO N° 9-C  
REGISTRO MENSUAL DE EGRESO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

| N° | Apellidos y nombres | DNI n° | Edad | Sexo | Fecha de egreso | Motivo de egreso (*) | Causa de fallecimiento (solo en egresos por fallecimiento) |
|----|---------------------|--------|------|------|-----------------|----------------------|--|
|    |                     |        |      |      |                 |                      |  |
|    |                     |        |      |      |                 |                      |  |
|    |                     |        |      |      |                 |                      |  |
|    |                     |        |      |      |                 |                      |  |
|    |                     |        |      |      |                 |                      |  |
|    |                     |        |      |      |                 |                      |  |

(\*) Motivos de egreso:  
Fallecimiento  
Abandono  
Trasplante renal  
Cambio de terapia de diálisis  
Seguro inactivo  
Traslado a otra IPRESS  
Otros



Versión 01  
Página 27 de 71



0088 079

ANEXO N° 10  
REGISTRO DIARIO DE CALIDAD DE AGUA TRATADA

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Manómetro                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Agua dura                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Filtro multimedios                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Filtro de carbón activado                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Ablandador o descalcificador               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Tanque de salmuera                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Pre filtro osmosis                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Presión osmosis                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Caudal L/min                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Test                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Lampara ultravioleta                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| (*) Presión de recirculación (PSI)         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Nombre y firma del Tec. responsable        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Observaciones                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Nombre y firma medico responsable de turno |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

(\*) Registrar los valores segun la medida que corresponda


Versión 01  
Página 28 de 71


ANEXO N° 11

CONTROL DIARIO DE DESINFECCIÓN INTERNA DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS

Técnico de máquinas responsable: .....

[illegible]

En observaciones colocar si se presentó:

- En observaciones colocar si se presentó:
- 1) Cambio de protector de transductor interno de la máquina.
  - 2) Activación de alarma de fuga de sangre.
  - 3) Otros.



Versión 01  
 Página 29 de 71



0086 077

## ANEXO N° 12

REGISTRO MENSUAL DE ACCESO VASCULAR

[illegible]

C. MESTAS



G. CARLOS

Versión 01  
 Página 30 de 71

0000 076

## ANEXO N° 13

## FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES VIRALES EN DIÁLISIS

## I. DATOS:

Fecha de investigación: .....  
 Apellidos y Nombres: .....  
 Número de DNI/CE: ..... Teléfono: .....  
 Domicilio: .....  
 Distrito: ..... Hospital de Referencia: .....

## II. NOTIFICACIÓN DEL CASO DE SEROCONVERSIÓN:

IPRESS: .....

CASO: HVB ( ) HVC ( ) HIV ( )

CLASIFICACIÓN DE CASO: Confirmado ( ) Sospechoso ( )

## III. SEROLOGÍA PARA HEPATITIS VIRAL:

| EXÁMENES DE LABORATORIO                | RESULTADO |          | FECHA |
|--|-----------|----------|-------|
|  | POSITIVO  | NEGATIVO |       |
| Antígeno de superficie del VHB (HBsAg) |           |          |       |
| Anticuerpos contra HBsAg (Anti-HBsAg)  |           |          |       |
| Anticuerpos contra VHC                 |           |          |       |
| Anticuerpo VIH 1-2                     |           |          |       |
| PCR                                    |           |          |       |

## IV. INFORMACIÓN DE ERC:

Etiología de ERC: .....

Fecha de diagnóstico de ERC: .....

IPRESS de Hemodiálisis donde inició TRR: ..... FECHA: .....

IPRESS de Hemodiálisis actual: .....

Fecha de Inicio de HD en IPRESS Actual: .....

## V. INFORMACIÓN CLÍNICA:

Es sintomático: SÍ ( ) NO ( )

Tiempo de inicio de síntomas: ..... días

 Síntomas: Ictericia ( ) Malestar general ( ) Astenia ( ) Náuseas Vómitos ( )  
 Coluria ( )

Otros (especificar): .....

## ENZIMAS HEPÁTICAS AL DIAGNÓSTICO:

- TGP: Resultado (.....) Fecha: (.....)
- TGO: Resultado (.....) Fecha: (.....)

Elevación de transaminasas superior a 2 veces valor basal:

SÍ ( ) NO ( ) Desde Cuándo: .....

Variaciones mensuales inexplicadas de transaminasas:

SÍ ( ) NO ( ) Desde Cuándo: .....

Actualmente recibe tratamiento farmacológico para problemas cardiológicos y/o hepáticos crónicos:

SÍ ( ) NO ( ) Detalle: .....

## VI. FACTORES DE RIESGO

- Ha tenido contacto sexual con personas desconocidas: SÍ ( ) NO ( )

- Ha sido tratado por alguna enfermedad de transmisión sexual: SÍ ( ) NO ( )

Fecha del tratamiento más reciente: .....



0084 075

- Ha recibido transfusiones sanguíneas o derivados: Sí ( ) NO ( ) DESCONOCIDO ( )  
Tipo de producto recibido (especificar): .....

Número de transfusiones: 1 ( ) 2 ( ) >3 ( )  
Fecha de última transfusión: .....

- Ha usado drogas inyectables: Sí ( ) NO ( )

- Ha sufrido punción accidental con agujas u otro objeto contaminado con sangre: Sí ( ) NO ( )

- Ha trabajado o realizado actividades que involucren el contacto con productos sanguíneos: Sí ( ) NO ( )

- Se le ha realizado procedimientos odontológicos: Sí ( ) NO ( )  
Fecha del procedimiento: .....

- Se le ha realizado procedimientos endoscópicos: Sí ( ) NO ( )  
Fecha del procedimiento: .....

- Ha tenido intervención quirúrgica: Sí ( ) NO ( )  
Tipo de cirugía (especificar): .....  
Fecha de cirugía: .....

- Se ha realizado tatuajes, acupuntura u otro procedimiento quirúrgico?: Sí ( ) NO ( ) Tipo de cirugía (especificar): .....  
Fecha de cirugía: .....

- Ha estado hospitalizado en los últimos años: Sí ( ) NO ( )  
Fecha de cada hospitalización: .....  
Tiempo de cada hospitalización: .....

- Hemodializó en un hospital en el último año: Sí ( ) NO ( )

- Ha recibido inyecciones o infusiones intravenosas en fama ambulatoria: Sí ( ) NO ( )  
Qué tipo de terapia de reemplazo renal ha recibido: HD ( ) DP ( ) TR ( )

- En cuantas unidades de hemodiálisis ha recibido tratamiento previamente: .....  
Unidad de hemodiálisis (especificar):

|  |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Nombre de la Clínica:                          |             |             |             |
| Tiempo de permanencia en la unidad de diálisis | ..... meses | ..... meses | ..... meses |
| Fecha de inicio de diálisis:                   |             |             |             |



C. MESTAS



G. CARLOS

#### VII. SECTORIZACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES: (Adjuntar Formatos de Sectorización de Pacientes de los últimos 6 meses).

- Frecuencia y turno de tratamiento: .....

- El paciente solicita cambios frecuentes de turno de tratamiento al mes: Sí ( ) NO ( )  
Motivo: .....

- Se ha modificado la asignación máquina – paciente: Sí ( ) NO ( )  
Motivo: .....

- Antecedentes de Seroconversión en la clínica: Sí ( ) NO ( )  
¿Quiénes?: .....

#### VII. VACUNACIÓN:

- Ha recibido vacunas contra VHB: Sí ( ) NO ( ) Motivo: .....

- Número de esquemas de vacunación seguidos: Sí ( ) NO ( )

- Número de dosis de refuerzo recibidos: .....

- Detalle del último esquema de vacunación seguido:

| DOSIS   | LUGAR | FECHA |
|---------|-------|-------|
| PRIMERA |       |       |
| SEGUNDA |       |       |
| TERCERA |       |       |

- El título sérico de Anti-HBsAg es  $\geq 10$  mUI/L: Sí ( ) NO ( ) DESCONOCIDO ( )  
Valor: .....mUI/L Fecha de análisis: .....

0083 074

VIII. PROBABLES FACTORES ASOCIADOS A SEROCONVERSIÓN RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN:

.....  
.....  
.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUE REPORTA:

.....

CARGO: .....

.....

(Para ser llenado por la Entidad)

**CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO:**

FECHA: .....

FICHA N°: .....

**Sistema de Información:**

- Confirmado ( ) Sospechoso ( ) Descartado ( ) Inadecuadamente Investigado ( )
- Seroconversión aislada ( ) Seroconversión asociada a vacunación ( ) Seroconversión en periodo ventana ( )



0082073

ANEXO N° 14

NIVELES MÁXIMOS DE CONTAMINANTES QUÍMICOS Y ELECTROLITOS EN AGUA DE DIÁLISIS

Cuadro N° 1. Contaminantes químicos

| Contaminante     | Concentración máxima (mg/L) |
|------------------|-----------------------------|
| Aluminio         | 0.01                        |
| Cloro total      | 0.1                         |
| Cobre            | 0.1                         |
| Flúor            | 0.2                         |
| Plomo            | 0.005                       |
| Nitrato (como N) | 2                           |
| Sulfato          | 100                         |
| Zinc             | 0.1                         |

Cuadro N° 2. Electrolitos

| Electrolitos | Concentración máxima |
|--------------|----------------------|
| Calcio       | 2 mg/L (0.05 mmol/l) |
| Magnesio     | 4 mg/L (0.15 mmol/l) |
| Potasio      | 8 mg/L (0.2 mmol/l)  |
| Sodio        | 70 mg/L (3.0 mmol/l) |





0001 072

ANEXO N° 15  
PENALIDADES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

| ITEM | SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD  | FORMA DE CÁLCULO  | PROCEDIMIENTO  |
|------|--|---|--|
| 1.   | Ausencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales, de acuerdo a los módulos de atención operativos:<br>- médico asistencial<br>- enfermero (a) asistencial<br>- técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis<br>- técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores<br>- profesional en mantenimiento de máquinas. | (3%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud, por cada uno de los profesionales ausentes. | La comprobación de la ausencia de los profesionales de la IPRESS contratada se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.<br><br>Se considera ausencia cuando cumpla con alguno de los siguientes supuestos:<br><br>1. No presencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales:<br>- médico asistencial (como máximo tres módulos por turno de atención).<br>- enfermero (a) asistencial (como máximo un módulo por turno de atención).<br>- técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis (como máximo un módulo por turno de atención).<br>- técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores (como máximo dos módulos por turno de atención).<br>- profesional en mantenimiento de máquinas (uno por turno de atención).<br><br>2. No permanencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales:<br>- médico asistencial (como máximo tres módulos por turno de atención). |

Versión 01  
Página 35 de 71



0090 071

| ITEM | SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD  | FORMA DE CÁLCULO  | PROCEDIMIENTO  |
|------|--|---|--|
|      |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- enfermero (a) asistencial (como máximo un módulo por turno de atención).</li> <li>- técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis (como máximo un módulo por turno de atención).</li> <li>- técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores (como máximo dos módulos por turno de atención).</li> <li>- profesional en mantenimiento de máquinas (uno por turno de atención).</li> </ul> <p>3. No acreditación de la profesión (título profesional universitario o técnico), colegiatura profesional (cuando corresponda) o experiencia profesional (según la experiencia señalada en el literal b del numeral 6 del anexo N° 17) de uno o más de los siguientes profesionales presentes durante el turno de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- médico asistencial</li> <li>- enfermero (a) asistencial</li> <li>- técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis</li> <li>- técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores</li> <li>- profesional en mantenimiento de máquinas (uno por turno de atención).</li> </ul> |
| 2.   | Más del 15% de los pacientes no cumplen con al menos uno de los siguientes estándares:<br>- KtV igual o mayor a 1.30 | (2%) del monto total de la factura correspondiente al mes sujeto a control, si el porcentaje de pacientes que no cumplen el estándar es del 18% al 30%. | Se verifica por medio de los valores de parámetros clínicos mensuales y valores de exámenes de laboratorio mensuales, de   |

Versión 01  
Página 36 de 71



C. MESTAS



G. CARLOS

0079 070

| ITEM | SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD  | FORMA DE CÁLCULO  | PROCEDIMIENTO  |
|------|--|---|--|
|      | - Tasa de remoción de urea mayor o igual a 70%   | (5%) del monto total de la factura correspondiente al mes sujeto a control, si el porcentaje de pacientes que no cumplen el estándar es del 31% al 50%. | <p>acuerdo a los procedimientos establecidos por la Entidad Contratante.</p> <p>Para el cálculo solamente se considera a los pacientes atendidos por más de 30 días en la IPRESS contratada.</p> <p>El cálculo del Kt/V se realiza mediante la siguiente fórmula:<br/> <math display="block">Kt/V = - \ln((C2/C1) - (0.008 \times T)) + (4 - 3.5 \times (C2/C1)) \times UF/P</math>                     El valor obtenido de Kt/V, considera dos decimales y no será sujeto a redondeo.</p> <p>El cálculo de la tasa de remoción de urea (PRU) se realiza mediante la siguiente fórmula:<br/> <math display="block">PRU (\%) = 100 \times (C1 - C2) / C1</math>                     Leyenda:<br/>                     C1: Urea pre-diálisis (en mg/dL).<br/>                     C2: Urea post-diálisis.<br/>                     T : Tiempo de hemodiálisis (en horas)<br/>                     UF: Cambio de peso pre-postdiálisis en kilogramos (kg).<br/>                     P: Peso post-diálisis (en kg).</p> |
| 3.   | El incumplimiento de los criterios de bioseguridad sujetos a penalidad detallados en el anexo N° 16. | (5%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud  | La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.  |

Versión 01  
Página 37 de 71

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
V°B°  
JEFATURA  
C. MESTAS

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
V°B°  
JEFA (a)  
FISSAL  
G. CARLOS

0078 069

| ÍTEM | SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD   | FORMA DE CÁLCULO  | PROCEDIMIENTO   |
|------|---|---|---|
| 4.   | El grupo electrógeno de la IPRESS contratada no funciona en modo automático.  | (3%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud. | La comprobación se efectúa a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante. Cuando el grupo electrógeno no es exclusivo de la UPS hemodíalisis y de él dependen otros servicios de la IPRESS, se solicita un documento suscrito profesional competente el cual indique la operatividad del grupo electrógeno en modo automático. En caso, la IPRESS contratada no permita realizar la prueba en modo automático del funcionamiento del grupo electrógeno, se aplica la penalidad. |
| 5.   | La IPRESS contratada no dispone de los medicamentos, insumos y equipos detallados en el apartado "5. Coche de Paro" del cuadro N° 1 del anexo N° 17, según la cantidad mínima indicada y las especificaciones señaladas.              | (3%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud. | La comprobación se efectúa a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.   |
| 6.   | El recuento mensual de bacterias mayor a 100 UFC/ml en líquido de diálisis o mayor a 10 UFC/100 ml en líquido de diálisis ultrapuro, en al menos una máquina de hemodíalisis.<br><br>Leyenda:<br>UFC: Unidades formadoras de colonias | (2%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud. | Se verifica por medio de los reportes de resultados de laboratorio del recuento mensual unidades formadoras de colonias (UFC/mL) de una muestra de líquido de diálisis o líquido de diálisis ultrapuro de dos máquinas de hemodíalisis, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 15). En caso, la IPRESS contratada no presente los mencionados reportes, corresponde la aplicación de la penalidad.  |

Versión 01  
Página 38 de 71



C. MESTAS



G. CARLOS

0077 068

| ITEM | SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD   | FORMA DE CÁLCULO  | PROCEDIMIENTO   |
|------|---|---|---|
| 7.   | <p>El nivel de endotoxinas en agua tratada mayor a 0.25 UE/mL para agua purificada o mayor de 0.03 UE/mL para agua ultrapurificada, en al menos uno de siguientes puntos de toma de muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salida de la ósmosis inversa,</li> <li>- Al inicio de cada anillo de distribución</li> <li>- Final de cada anillo de distribución</li> </ul> <p><b>Leyenda:</b><br/>UE: Unidad de endotoxinas</p>   | (2%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud. | Se verifica por medio de los reportes de resultados de laboratorio de la muestra de endotoxinas en agua tratada a la salida de la ósmosis inversa, al inicio del anillo de distribución y al final del anillo de distribución, de acuerdo al procedimiento establecido por la Entidad Contratante (véase nota 15). En caso, la IPRESS contratada no presente los mencionados reportes, corresponde la aplicación de la penalidad. |
| 8.   | <p>El incumplimiento de al menos uno de los siguientes documentos o registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro diario del monitoreo del test de dureza, pH, conductividad y cloramina, según anexo N° 10. Los registros deben contar con firma del personal quien lo realiza y del médico responsable del turno de atención.</li> <li>- Resultados de laboratorio trimestrales de contaminantes químicos (Aluminio, Cloro total, Cobre, Flúor, Plomo, Nitrato [como N], Sulfato, Zinc) y electrolitos (Calcio, Magnesio, Potasio, Sodio). Los resultados deben tener el nombre y firma del profesional responsable del laboratorio correspondiente</li> <li>- Documento que acredite la desinfección quincenal del tanque de almacenamiento de agua tratada y de las líneas de distribución de agua tratada; el cual debe contar con firma y sello del director médico</li> </ul> | (2%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud. | La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.   |

Versión 01  
Página 39 de 71





0076067

| ITEM | SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD  | FORMA DE CÁLCULO  | PROCEDIMIENTO   |
|------|--|---|---|
|      | <p>en caso sea realizado por la misma IPRESS. Cuando el procedimiento es brindado por un servicio tercerizado presentará certificado de la empresa con firma y sello del profesional correspondiente.</p> <p>Documento que acredite la limpieza y desinfección semestral de sistemas y/o tanques elevados (certificado extendido por el profesional competente según las normas vigentes).</p> |   |   |
| 9.   | Discordancia negativa entre la cantidad de dializadores y líneas arteriovenosas, con el número de sesiones de hemodiálisis del mes supervisado.  | (5%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud. | <p>La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante. Se aplica la penalidad cuando la cantidad de dializadores y líneas arteriovenosas es menor al número de sesiones de hemodiálisis del mes supervisado. En el control de las prestaciones de salud se solicitan los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardex de atención con información de la cantidad de ingresos y egresos de dializadores y líneas arteriovenosas por número de serie y lote.</li> <li>• Consolidado de sesiones de hemodiálisis del mes.</li> <li>• Control diario de descarte de dializadores (anexo N° 7-A).</li> <li>• Control diario de descarte de set de líneas arteriales y venosas (anexo N° 7-B).</li> </ul> |

Versión 01  
Página 40 de 71



0073 066

| ITEM | SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD   | FORMA DE CÁLCULO   | PROCEDIMIENTO  |
|------|---|--|--|
|      |   |  | Se podrá solicitar facturas originales y/o guías de remisión que sustenten la compra y el uso de todos los materiales e insumos requeridos.  |
| 10.  | La IPRESS no permite el ingreso del equipo supervisor a sus instalaciones o inicio del proceso de control que realiza la Entidad Contratante.   | (10%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.   | La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.  |
| 11.  | Cambio de lugar donde brinda el servicio sin comunicación, verificación y autorización de la Entidad Contratante.   | (2%) del monto total de la factura correspondiente a cada mes en que la IPRESS esté brindando el servicio en otro lugar sin comunicación, verificación y autorización de la Entidad Contratante. | La comprobación se realizará desde momento en que la Entidad Contratante tome conocimiento del cambio de lugar de atención de la IPRESS.   |
| 12.  | Al menos una máquina de hemodiálisis está siendo utilizada sin las alarmas operativas.  | (1%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.  | La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.  |
| 13.  | El tiempo programado (monitor de máquina) de las sesiones realizadas en el turno supervisado es menor al tiempo prescrito por el médico nefrólogo en la historia clínica, identificado en al menos un paciente durante el control de las prestaciones de salud. | (1%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.  | La comprobación se efectúa a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante, donde se contrasta el tiempo programado de las sesiones (en el monitor de máquina) con el tiempo prescrito por el médico nefrólogo en la historia clínica. |
| 14.  | La IPRESS contratada incumple las condiciones establecidas en el anexo N° 19  | (1%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud.  | La comprobación se realiza a través del proceso de control de las prestaciones de salud que realice la Entidad Contratante.  |

Nota 15: La Entidad Contratante debe indicar el procedimiento en la elaboración de su requerimiento.



Versión 01  
Página 41 de 71



0074 065

ANEXO N° 16  
CRITERIOS DE BIOSEGURIDAD SUJETOS A PENALIDAD**A. SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO QUE INFLUYE EN LA BIOSEGURIDAD:**

1. El consultorio médico cuenta con lavatorio para lavado de manos equipado (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla) y operativo. Las superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
2. La sala de hemodiálisis cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes y pisos revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
3. La sala de hemodiálisis cuenta con inyectores y extractores de aire operativos.
4. Cada módulo de hemodiálisis cuenta con un lavatorio para lavado de manos con surtidor de agua en cuello de ganso accionado sin el uso de las manos, con dispensador de jabón y de papel toalla que permita extraer el papel directamente, sin el uso de palancas, botones o similares. Todo debe estar equipado y Operativo.
5. La IPRESS cuenta con local aislado, con aislamiento estructural. El local aislado que se encuentra en un piso distinto al de la sala de hemodiálisis, tiene acceso mediante ascensor y/o cuenta con acceso para personas con discapacidad.
6. El local aislado cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
7. La sala de lavado de material biocontaminado cuenta con lavadero de acero inoxidable para el lavado de material biocontaminado (riñoneras, instrumental quirúrgico, férulas, etc.) con surtidor de agua accionado sin el uso de las manos. Estos deben estar operativos, equipados, en buenas condiciones de conservación e higiene y no deben ser utilizados para otros fines.
8. La sala de lavado de material biocontaminado cuenta con lavatorio para lavado de manos, surtidor de jabón a pedal, surtidor de agua accionado sin el uso de las manos y dispensador de papel que permita extraer el papel directamente sin el uso de palancas, botones o similares, equipado y operativo.
9. La sala de lavado de material biocontaminado cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
10. La sala de cebado de sistemas extracorpóreos cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
11. La sala de cebado de sistemas extracorpóreos cuenta con inyectores y extractores de aire operativos.
12. El área limpia está ubicada cerca de la sala de hemodiálisis, cuenta con superficies que la delimitan en perfecto estado de conservación e higiene, protegida de la contaminación del medio ambiente.
13. El cuarto limpio cuenta con armarios y vitrinas para almacenamiento de material limpio y/o estéril, en buen estado de conservación e higiene.
14. El cuarto limpio cuenta con refrigeradora y su termómetro digital, ambos deben estar operativos.
15. El cuarto limpio cuenta con paredes y pisos revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
16. El área biocontaminada cuenta con separación física de las demás áreas. Para almacenamiento temporal de ropa biocontaminada (mandilones, frazadas y sábanas).
17. El área biocontaminada, cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.





0073064

18. El cuarto biocontaminado cuenta con infraestructura de acceso restringido, ubicado en zona alejada de pacientes, de sala de hemodiálisis, cebado, sala de tratamiento de agua, almacén, de ambiente de comida o ropa limpia. No compartida con otros usos
19. El cuarto biocontaminado cuenta con zócalo sanitario, presencia de sumidero interior, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad, y facilite su limpieza y desinfección, los pisos son de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.
20. El cuarto biocontaminado cuenta con agua, desagüe y drenajes para lavado, para IPRESS que generen residuos sólidos (biocontaminados, comunes y especiales) mayores a 150 litros/día.
21. En caso la IPRESS utilice vehículos contenedores o coches para el traslado de residuos al cuarto biocontaminado (almacenamiento), esto deben estar diferenciados por clases de residuos, cuentan con tapa articulada en el propio cuerpo del vehículo y ruedas de tipo giratorio, son de material rígido, de bordes redondeados, lavables e impermeables. No pueden ser usados para ningún otro propósito.
22. En el cuarto biocontaminado, no usan ductos para el transporte de residuos sólidos.
23. Las rutas para transporte de residuos sólidos de la IPRESS cuentan con paredes y pisos revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección.
24. Las rutas de transporte de los materiales de la IPRESS se realizan en forma unidireccional: NO CONTAMINADO a BIOCONTAMINADO.

## **B. SOBRE LA GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS:**

### **B.1. Acondicionamiento de la gestión y manejo de residuos sólidos:**

1. Los recipientes utilizados para residuos comunes, biocontaminados o especiales cuentan con tapa y se encuentran tapados, cumpliendo las especificaciones técnicas de la Norma N°144-MINSA/2018/DIGESA. "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación" y sus modificatorias.
2. Se cuenta con bolsas de colores según el tipo de residuos a eliminar (residuo común: negro; biocontaminados: rojo; residuo especial: bolsa amarilla) en cada recipiente. Las bolsas son de mayor capacidad (20% más) que el recipiente permitiendo su doblez hacia afuera sobre el borde del recipiente.
3. El recipiente para residuos punzocortante es rígido, impermeable, resistente al traspaso por material punzocortante, con su rotulado de bioseguridad y cumple con las especificaciones técnicas de la Norma N°144-MINSA/2018/DIGESA. "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación" y sus modificatorias.
4. Los residuos sólidos especiales de vidrio no rotos como: frascos de viales se encuentran en cajas de cartón grueso con su respectiva bolsa amarilla, teniendo en cuenta el límite del llenado ¾ partes.
5. Las áreas administrativas o de uso exclusivo del personal de la IPRESS cuentan con recipientes con tapa y bolsas de color negro para el depósito de residuos comunes, dichos recipientes se encuentran tapados.
6. Los servicios higiénicos que son de uso compartido o exclusivo de pacientes cuentan con recipientes con bolsas rojas y se encuentran tapados.
7. El personal de limpieza cuenta con pantalón largo, chaqueta de manga larga o ¾, gorra, guantes de PVC impermeables de preferencia de color blanco y de caña larga, zapatos impermeables que cubran la totalidad del pie y mascarilla.
8. La IPRESS solo realiza la reutilización de envases de plásticos de desinfectantes usándolos como recipiente para punzocortantes (vidrios de ampollas).

### **B.2. Segregación y almacenamiento primario de la gestión y manejo de residuos sólidos:**

1. Se disponen los residuos en el recipiente correspondiente según su clase (residuo común: negro; biocontaminados: rojo; residuo especial: bolsa amarilla).
2. Los residuos punzocortantes que se segregan en los recipientes rígidos son agujas hipodérmicas, con jeringa o sin ella, agujas de sutura, catéteres con aguja, equipos de venoclisis, frascos de ampollas rotas, entre otros objetos de vidrios rotos o punzocortantes.
3. Los residuos biocontaminados se descartan en bolsa roja y son los provenientes de la atención al paciente (en contacto con secreciones, excreciones y demás líquidos orgánicos, incluyendo restos de alimentos y bebidas de pacientes).
4. Los residuos biocontaminados que se descartan en bolsa roja son bolsas conteniendo sangre humana y hemoderivados (bolsa con contenido de sangre humana, muestras de sangre para análisis, otros hemoderivados),



.MESTAS



G. CARLOS

0072 063

5. Las agujas con jeringas utilizadas en el paciente son desechadas dentro de un contenedor para punzocortante, No encapuchadas o re encapsuladas.
6. Las jeringas usadas sin aguja se descartan el recipiente con bolsa roja.

**B.3. Recolección y transporte interno de la gestión y manejo de residuos sólidos:**

1. Cuenta con rutas debidamente señalizadas para el transporte de los residuos sólidos.
2. Ruta de transporte sin cruce con rutas de alimentos, ropa limpia y traslado de pacientes.
3. Personal cuenta con equipo de protección personal (pantalón largo colocado dentro de las botas de PVC, chaqueta de manga larga o  $\frac{3}{4}$ , mandil, gorro, lentes, mascarilla y guantes de Nitrilo colocados por encima del mandil).
4. Las bolsas de residuos al llegar hasta las  $\frac{3}{4}$  partes de su capacidad, el personal de limpieza embolsa y amarra las bolsas que contiene residuos en los recipientes donde fueron segregados.
5. Personal de limpieza no realiza el vaciado directo de los residuos sólidos recolectados a otra bolsa.
6. Personal de limpieza NO arrastra las bolsas, ni las pega a su cuerpo.

**B.4. Almacenamiento intermedio o central de la gestión y manejo de residuos sólidos:**

1. Está rotulado delimitando la clase de residuo de la siguiente manera: Área para residuos comunes, Área para residuos biocontaminados y Área para residuos especiales.
2. Los recipientes son de material lavable, de superficies lisas permitiendo el lavado y desinfección de los mismos.
3. El área se mantiene limpia y desinfectada.
4. Personal cuenta con equipo de protección personal (pantalón largo colocado dentro de las botas de PVC, chaqueta de manga larga o  $\frac{3}{4}$ , mandil, gorro, lentes protectores, mascarilla y guantes de Nitrilo colocados por encima del mandil).
5. Se cuenta con bolsas de colores según el tipo de residuos a eliminar (residuo común: negro; biocontaminados: rojo; residuo especial (bolsa amarilla) en cada recipiente. Las bolsas son de mayor capacidad (20% más) que el recipiente permitiendo su doblez hacia afuera sobre el borde del recipiente.

**C. SOBRE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN:****C.1. El personal técnico de enfermería realiza todos los pasos del procedimiento de limpieza y desinfección en máquina de hemodiálisis:**

1. Antes de empezar el procedimiento de limpieza y desinfección de máquinas de hemodiálisis: se realizó el retiro de sábanas, frazadas, férulas, riñoneras y otros por parte del personal técnico de enfermería y residuos biocontaminados por parte del personal de limpieza.
2. Antes del procedimiento el personal realiza el lavado manos.
3. Calzado de guantes limpios para la realización del procedimiento.
4. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
5. El procedimiento se realiza desde las áreas menos sucias a las más sucias, es decir desde aquellas con mayor contacto con sangre u otro agente contaminante hacia las de menor contacto.
6. El procedimiento se realiza con movimientos en un solo sentido, de un lado a otro, no retornando a las zonas ya desinfectadas.
7. Uso de uno a más trapos o paños por cada máquina de hemodiálisis. El o los trapos o paños no son reutilizados para la limpieza de otro equipo o mobiliario.
8. Uso de desinfectante para la limpieza externa de acuerdo a la indicación del fabricante y normativa vigente.
9. Realiza el retiro de guantes al finalizar el procedimiento.
10. Realiza el lavado de manos al finalizar el procedimiento.

**C.2. El personal técnico de enfermería realiza todos los pasos del procedimiento de limpieza y desinfección en sillones de hemodiálisis:**

1. Antes de empezar el procedimiento de limpieza y desinfección de sillones de hemodiálisis: se realizó el retiro de sábanas, frazadas, férulas, riñoneras por parte del personal técnico de enfermería y residuos biocontaminados por parte del personal de limpieza.
2. Antes del procedimiento el personal realiza el lavado manos





0071 062

3. Calzado de guantes limpios para la realización del procedimiento
4. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
5. El procedimiento se realiza desde las áreas menos sucias a las más sucias, es decir desde aquellas con mayor contacto con sangre u otro agente contaminante hacia las de menor contacto.
6. El procedimiento se realiza con movimientos en un solo sentido, de un lado a otro, no retornando a las zonas ya desinfectadas
7. Uso de uno a más trapos o paños por cada sillón de hemodiálisis. El o los trapos o paños no son reutilizados para la limpieza de otro equipo o mobiliario.
8. Uso de desinfectante para la limpieza externa de acuerdo a la indicación del fabricante y normativa vigente.
9. Realiza el retiro de guantes al finalizar el procedimiento.
10. Realiza el lavado de manos al finalizar el procedimiento.

**C.3. El personal técnico de enfermería realiza todos los pasos del procedimiento de limpieza y desinfección de coches de curaciones o coche centralizado:**

1. Antes de empezar el procedimiento de limpieza y desinfección de coches de curación: se realizó el retiro de sábanas, frazadas, férulas, riñoneras por parte del personal técnico de enfermería y residuos biocontaminados por parte del personal de limpieza.
2. Antes del procedimiento el personal realiza el lavado manos
3. Calzado de guantes limpios para la realización del procedimiento
4. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
5. El procedimiento se realiza desde las áreas menos sucias a las más sucias (parte superior a parte inferior)
6. El procedimiento se realiza con movimientos en un solo sentido, de un lado a otro, no retornando a las zonas ya desinfectadas
7. Uso de uno a más trapos o paños por cada coche de curación. El o los trapos o paños no son reutilizados para la limpieza de otro equipo o mobiliario.
8. Uso de desinfectante para la limpieza externa de acuerdo a la indicación del fabricante y normativa vigente.
9. Realiza el retiro de guantes al finalizar el procedimiento.
10. Realiza el lavado de manos al finalizar el procedimiento

**C.4. El personal de limpieza realiza todos los pasos del procedimiento de limpieza de pisos de sala de hemodiálisis:**

1. Antes de empezar el procedimiento de limpieza y desinfección de pisos en sala de hemodiálisis: se realizó la desinfección externa de máquinas de hemodiálisis, sillones, coches de curación o coche centralizado, superficie de mobiliario de las estaciones de enfermería, percheros, lavaderos de manos, entre otros.
2. Antes del procedimiento el personal de limpieza realiza el lavado manos.
3. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
4. Calzado de guantes de goma para la realización del procedimiento, por encima del mandil.
5. El procedimiento se realiza con arrastre húmedo, en un solo sentido no retornando a zonas ya desinfectadas, con el uso de mopas o trapeadores (prohibido el barrido en seco, uso de escobas o cepillos).
6. Con mopa o trapeador, humedecido en desinfectante (de acuerdo a indicación del fabricante), se inicia la desinfección de los pisos de las estaciones de enfermería.



000061

7. Con mopa o trapeador diferente a la de las estaciones de enfermería, humedecido en desinfectante (de acuerdo a indicación del fabricante y normativa vigente), se inicia la desinfección de los puestos de hemodiálisis iniciando por el módulo y puesto considerado menos contaminado.
8. El procedimiento se realiza con movimientos en un solo sentido, de un lado a otro, no retornando a las zonas ya desinfectadas
9. Realiza el procedimiento sin tocar con los guantes máquinas, muebles, tensiómetros y otros.

**C.5. El personal de limpieza realiza todos los pasos del procedimiento de limpieza y desinfección de pisos ante la presencia de materia orgánica:**

1. Antes del procedimiento el personal de limpieza realiza el lavado de manos
2. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
3. Calzado de guantes descartables para la realización del procedimiento, por encima del mandil.
4. El personal de limpieza coloca papel toalla sobre la materia orgánica (tantas veces como sea necesario) hasta absorber la mancha.
5. Una vez absorbida la materia orgánica, se descartan los papeles toallas en bolsa de color rojo.
6. El personal de limpieza lava la superficie limpiando con un trapo de piso embebido en solución detergente (No mezclado con hipoclorito de sodio)
7. El personal de limpieza enjuaga el piso con un trapo embebido de agua limpia.
8. El personal de limpieza desinfecta la superficie del piso con otro trapo sumergido en hipoclorito de sodio.
9. El personal de limpieza se retira los guantes y realiza el lavado de manos

**D. SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA PROTEGER LA SALUD:**

**D.1. El personal realiza el lavado de manos de acuerdo a los Momentos establecidos por la OMS:**

1. Realiza el lavado de manos antes de tocar al paciente. (Si después de efectuar la higiene de manos, pero antes del contacto con el paciente, se producen otros contactos de este tipo o con el entorno del paciente, no es necesario repetir el lavado de manos.)
2. Realiza el lavado de manos cada vez que se toma la presión sanguínea.
3. Realiza el lavado de manos antes de realizar una tarea limpia-aséptica. (Ejemplo: antes de realizar la canulación y descanulación, apertura y obturación de catéter venoso central)
4. Realiza el lavado de manos después del riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
5. Realiza el lavado de manos después de tocar al paciente.
6. Realiza el lavado de manos después de contacto con el entorno del paciente (Ejemplo: Después de limpiar y desinfectar el entorno de un paciente).

**D.2. El personal realiza el lavado de manos según las recomendaciones y pasos establecidos por la OMS:**

1. Personal cuenta con uñas cortas, No uso de uñas artificiales. Las uñas se encuentran sin esmalte.
2. Previo al lavado de manos, se retiran los accesorios de las manos (reloj, anillos, cintas, pulseras)
3. El personal realiza el lavado de manos según los pasos establecidos por la OMSM (Imagen N°01)



0059  
060

Imagen N°01. Pasos de lavado de manos.



|   |  |
|---|--|
| 0 | Mójese las manos con agua  |
| 1 | Aplique en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos                       |
| 2 | Frótese las palmas de las manos entre sí   |
| 3 | Frótese la palma de mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa                             |
| 4 | Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados   |
| 5 | Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos                                     |
| 6 | Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa                   |
| 7 | Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa |
| 8 | Enjuáguese las manos con agua  |
| 9 | Séquese con una toalla desechable  |



Fuente: Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. Primer Desafío Global de Seguridad del Paciente Una Atención Limpia es una Atención Segura. Organización Mundial de la Salud 2009



0058 059

D.3. El personal realiza el calzado de guantes según los pasos establecido en la OMS (imagen N°02):

Imagen N°02. Calzado de guantes según los pasos de la OMS



|       |  |
|-------|--|
| 1     | Verificar que el envase no esté roto. Abrir completamente el primer envoltorio no esterilizado para exponer el segundo envoltorio esterilizado, pero sin tocarlo   |
| 2     | Colocar el segundo envoltorio esterilizado sobre una superficie seca y limpia sin tocar la misma. Abrir el envase y doblarlo hacia la parte inferior para desdoblar el papel y mantenerlo abierto.   |
| 3     | Usando el pulgar y el índice de una mano, tomar cuidadosamente el borde del puño doblado del guante.   |
| 4     | Deslizar la otra mano dentro del guante en un único movimiento, manteniendo el puño doblado a la altura de la muñeca.  |
| 5-6   | Tomar el segundo guante deslizando los dedos de la mano enguantada por debajo del puño del guante.   |
| 7-9   | En un solo movimiento, deslizar el segundo guante en la mano sin guantes evitando cualquier contacto de la mano enguantada con superficies que no sean la del guante que se va a poner (el contacto constituye una falta de asepsia y requiere un cambio de guantes).            |
| 10    | Si es necesario, luego de ponerse los guantes, ajustar los dedos y los espacios interdigitales hasta calzar cómodamente el guante.   |
| 11-12 | Desdoblar el puño de la primer mano enguantada deslizando suavemente los dedos de la otra mano dentro del pliegue, asegurándose de evitar cualquier contacto con una superficie que no sea la superficie externa del guante (falta de asepsia que requiere un cambio de guantes) |
| 13    | Las manos enguantadas deben tocar exclusivamente dispositivos esterilizados o áreas corporales previamente desinfectadas.  |



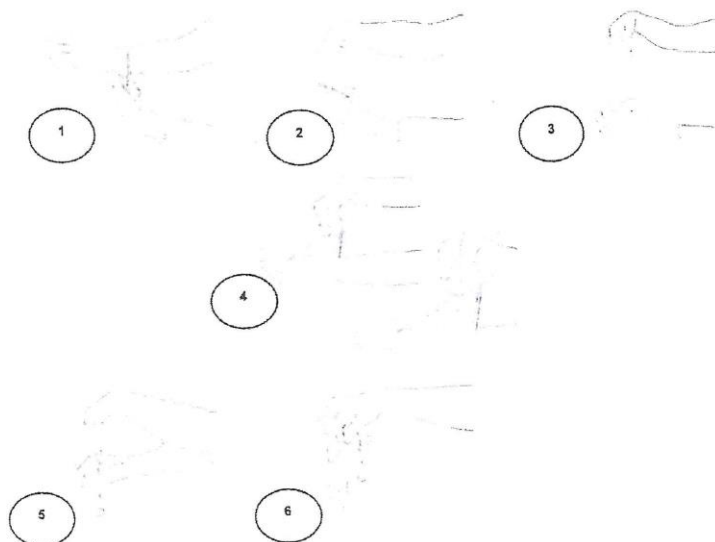
0067  
058

Fuente: Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. Primer Desafío Global de Seguridad del Paciente Una Atención Limpia es una Atención Segura. Organización Mundial de la Salud 2009



0066  
057

Imagen N°03. Retiro de guantes según los pasos de la OMS



|     |  |
|-----|--|
| 1-3 | Quitarse el primer guante con los dedos de la otra mano. Quitarse el guante enrollándolo de adentro hacia fuera hacia la articulación del dedo medio (sin quitarlos completamente)                             |
| 4   | Quitarse el otro guante doblando el borde externo sobre los dedos de la mano parcialmente sin guantes  |
| 5   | Quitarse el guante enrollándolo completamente de adentro hacia fuera para asegurarse de que la piel del Trabajador de la Salud esté siempre y exclusivamente en contacto con la superficie interna del guante. |
| 6   | Descartar los guantes  |

Fuente: Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. Primer Desafío Global de Seguridad del Paciente Una Atención Limpia es una Atención Segura. Organización Mundial de la Salud 2009





0065<sub>056</sub>

D.4. El personal asistencial cuenta con uniforme de salud (pantalón, chaqueta y calzado). El uniforme debe ser de uso exclusivo para la jornada laboral.

D.5. El personal se encuentra realizando procedimientos y actividades con el uso del EPP según riesgo de exposición y normativas vigentes: Respirador FFP2/N95 o equivalentes (cubriendo nariz y toda la mucosa bucal), Careta facial, Lentes protectores (si cuenta con lentes correctores deben usar por encima los lentes protectores), Guantes de protección biológica, Guantes de protección biológica estériles, Traje de protección biológica impermeable, Traje de protección biológica descartable, Calzado impermeable que cubre toda la superficie del pie, Gorro descartable, Botas de PVC impermeables, Guantes de nitrilo.

#### **E. SOBRE LA ESTERILIZACIÓN DE MATERIALES:**

E.1. El equipo de esterilización se encuentra OPERATIVO (documento expedido por el profesional competente que consigne la operatividad del equipo y/o test confirmatorios de funcionalidad de equipo), en buen estado de conservación e higiene.

E.2. La IPRESS realiza el procedimiento de esterilización (métodos, características y empaque) de acuerdo a lo señalado en la Resolución Ministerial N°1472-2002 SA/DM, que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria":

1. El empaque con papel grado médico y/o papel crepado es utilizado para la esterilización con autoclave
2. La IPRESS realiza el procedimiento de esterilización de acuerdo a: Calor Seco: Instrumentos cortantes y de acero inoxidable (riñoneras, equipos de curación)
3. La IPRESS realiza el procedimiento de esterilización de acuerdo a: Calor Húmedo: Textiles, Metales, plásticos termo resistentes. (gasas, riñoneras, equipos de curación, entre otros).
4. La IPRESS no utiliza papel Kraft como empaque del material a esterilizar.
5. El empaque de material esterilizado presenta indicador de esterilización/viraje del indicador químico (cinta testigo, otros), identificación o rotulado del contenido, fecha de caducidad, iniciales del personal que realizó el procedimiento (la rotulación no debe ser consignada directamente en el papel de empaque).

#### **F. SOBRE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE PACIENTES:**

F.1. El personal de enfermería realiza todos los pasos del procedimiento de conexión del catéter de hemodiálisis:

1. El personal asistencial, durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (mandil, lentes protectores, gorro, respiradores FFP2/N95 y guantes).
2. Antes del procedimiento el personal realiza el lavado manos.
3. Calzado de guantes estériles para la realización del procedimiento.
4. Realiza la conexión aséptica de la línea arteriovenosa y el catéter.
5. Realiza el retiro de guantes.
6. Realiza el lavado de manos.

F.2. El personal de enfermería realiza todos los pasos del procedimiento de curación del orificio de inserción del catéter para hemodiálisis:

1. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
2. Antes del procedimiento el personal realiza el lavado manos
3. Calzado de guantes estériles para la realización del procedimiento
4. Aplica adecuadamente el antiséptico en la piel de adentro hacia afuera
5. Espera que el antiséptico se seque en la piel
6. Cubre el orificio de inserción con gasa estéril y/o dispositivo autoadhesivo, de manera aséptica
7. Realiza el retiro de guantes
8. Realiza el lavado de manos

F.3. El personal de enfermería realiza todos los pasos del procedimiento de desconexión del catéter para hemodiálisis:

1. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial



0054  
055

N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).

2. Antes del procedimiento el personal realiza el lavado manos
3. Calzado de guantes estériles para la realización del procedimiento
4. Realiza la limpieza de las terminaciones del catéter de hemodiálisis
5. Realiza el retiro del desinfectante de las terminaciones del catéter de hemodiálisis
6. Realiza la obturación aséptica del catéter con nuevas tapas después de la desconexión
7. Realiza el retiro de guantes
8. Realiza el lavado de manos

**F.4. El personal de enfermería realiza todos los pasos del procedimiento de canulación de fistula arteriovenosa o injerto:**

1. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
2. Antes del procedimiento el personal realiza el lavado manos
3. Calzado de guantes limpios para la realización del procedimiento
4. Aplica adecuada-mente el antiséptico en la piel de adentro hacia afuera
5. Espera que el antiséptico se seque en la piel
6. No contamina el sitio de la canulación después de la antisepsia
7. Realiza la canulación con técnica aséptica
8. Conecta las líneas arterio-venosas aséptica-mente
9. Realiza el retiro de guantes
10. Realiza el lavado de manos

**F.5. El personal de enfermería realiza todos los pasos del procedimiento de desconulación de fistula arteriovenosa o injerto:**

1. Durante el procedimiento utiliza correctamente el equipo de protección personal completo (incluidos mandilones impermeables descartables, mamelucos impermeables descartables, respiradores FFP2/N95 o equivalentes, visores protectores oculares con ventosa, gorros, guantes, entre otros; según el riesgo de exposición señalado en la Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA y la Resolución Ministerial N°456-2020-MINSA, modificatorias y otras normativas vigentes).
2. Antes del procedimiento el personal realiza el lavado manos
3. Calzado de guantes limpios para la realización del procedimiento
4. Desconecta las líneas arteriovenosas asépticamente
5. Retira las cánulas de hemodiálisis asépticamente
6. Realiza la hemostasia del punto de inserción de la cánula aplicando gasa estéril
7. Realiza el retiro de guantes
8. Realiza el lavado de manos





0063 054

ANEXO N° 17  
RECURSOS A SER PROVISTOS POR EL CONTRATISTA

## 1. Equipamiento

- a) La IPRESS contratada deberá cumplir con el equipamiento establecido en las siguientes normativas y sus actualizaciones y modificatorias:
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y demás normativas vigentes.
  - 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.
  - Resolución Ministerial N°1218-2021/MINSA que aprueba la NTS N°178-MINSA/DGIESP-2021 "Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la COVID-19 en el Perú", sus modificatorias y actualizaciones.
  - Otras normativas vigentes relacionadas a equipamiento de IPRESS y las recomendaciones que el Ministerio de Salud emita en relación al COVID-19.
- b) Se considera como equipamiento estratégico lo siguiente:
- i. **Máquina de hemodiálisis:** La Entidad Contratante debe indicar en la elaboración de su requerimiento el número de máquinas de hemodiálisis necesarias de acuerdo a su necesidad, de ser el caso indicando la cantidad por ítem, considerando lo siguiente:
    - cinco (05) máquinas de hemodiálisis como máximo por módulo,
    - una (01) máquina de emergencia por cada 1 o 2 módulos,
    - una (01) máquina de soporte técnico (de repuesto en caso de fallas técnicas ubicado en el cuarto de máquinas) por cada 1 o 2 módulos,
    - una (01) máquina de cebado y
    - una (01) máquina de hemodiálisis como mínimo 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.
  - ii. **Sistema de tratamiento de agua:** Considera como mínimo los siguientes equipos
    - ✓ Filtro de Sedimentos o Multimedia o partículas.
    - ✓ Dos (02) Ablandadores o descalcificadores (expresado como dos, doble o twin), con tanque de salmuera.
    - ✓ Filtro de carbón activado
    - ✓ Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso
    - ✓ Filtro de hasta cinco (5) micrómetros
- c) El equipamiento de la IPRESS contratada debe estar permanentemente operativo y en buen estado de conservación, asimismo, en caso corresponda deben contar con Registro Sanitario vigente según normativa. La IPRESS contratada debe contar como mínimo con los siguientes equipos y sus características:

Cuadro N° 1. Equipamiento y sus características

| N° | EQUIPAMIENTO            | CARACTERÍSTICAS  |
|----|-------------------------|--|
| 1. | Máquina de hemodiálisis | a) El equipo de hemodiálisis corresponde al equipo electromédico automático que se utiliza para la realización del tratamiento de hemodiálisis. Asimismo, la cantidad de máquinas considera lo siguiente: (05) máquinas de hemodiálisis como máximo por módulo, una (01) máquina de emergencia por cada 1 o 2 módulos, una (01) máquina de soporte técnico (de repuesto en caso de fallas técnicas ubicado en el cuarto de máquinas) por cada 1 o 2 módulos, una (01) máquina de cebado y una (01) máquina como mínimo en el local aislado; según normativa vigente y modificatorias. 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. |

0062 053

| N° | EQUIPAMIENTO | CARACTERÍSTICAS  |
|----|--------------|--|
|    |              | <p>b) De las características técnicas de las máquinas de hemodiálisis de la sala de hemodiálisis, del puesto de emergencia, de soporte técnico y del local aislado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con Registro Sanitario vigente.</li> <li>- Con marca y/o modelo, con número de serie y/o lote.</li> <li>- Sistema de proporcionamiento automático para la mezcla de concentrado con el agua para diálisis basada en bicarbonato con capacidad de programación de sodio y ultrafiltración.</li> <li>- Sistema volumétrico de ultrafiltración de ajuste automático y sodio variable.</li> <li>- Preparados para diálisis con bicarbonato en diferentes presentaciones y diluciones (opcionalmente preparada para el uso de bicarbonato en polvo). Cuenta con sistemas para producción de líquido de diálisis, con opciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bicarbonato: En polvo o líquido.</li> <li>▪ Ácido: En forma líquida.</li> </ul> </li> <li>- Control mediante alarmas visuales y audibles de los siguientes parámetros: temperatura del líquido de diálisis, burbujas de aire en el circuito extracorpóreo, sangre en el dializado, presión arterial, presión venosa, presión transmembrana, flujo de sangre.</li> <li>- Programas para desinfección química.</li> <li>- Bomba de heparina programable.</li> <li>- Bomba de sangre tipo rodillo ajustable o intercambiable.</li> <li>- Cable de alimentación a tierra y conexión directa al tomacorriente de la pared (sin transformador externo).</li> <li>- Con Filtro de retención de endotoxinas para el líquido de diálisis.</li> </ul> <p>c) De las características técnicas de las máquinas de hemodiálisis de la sala de cebado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con Registro Sanitario vigente.</li> <li>- Con marca y/o modelo, con número de serie y/o lote.</li> <li>- Sistema de proporcionamiento automático para la mezcla de concentrado con el agua para diálisis basada en bicarbonato.</li> <li>- Sistema volumétrico de ultrafiltración de ajuste automático.</li> <li>- Control de temperatura del líquido de diálisis</li> <li>- Bomba de sangre tipo rodillo ajustable y/o intercambiable</li> <li>- Cable de alimentación a tierra y conexión directa al tomacorriente de la pared (sin transformador externo).</li> </ul> <p>d) Otras características técnicas de las máquinas de hemodiálisis de la sala de hemodiálisis, del puesto de emergencia, de soporte técnico, del local aislado y sala de cebado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todas las máquinas deben encontrarse operativas durante el periodo de ejecución del contrato.</li> <li>- No deben tener más de siete (7) años de funcionamiento o 30 000 horas de uso (se considera el criterio que ocurra primero) durante el periodo de ejecución del contrato. Estas características son acreditadas por la IPRESS contratada cuando la Entidad Contratante lo solicite durante el procedimiento de control de las prestaciones de salud, tomando como referencia la fecha en la que se realiza el procedimiento de control, a través de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los años de funcionamiento son determinados a través la fecha de instalación de la máquina de hemodiálisis, para lo cual la IPRESS contratada debe contar con certificados o constancias en las que figure la fecha de la</li> </ul> </li> </ul> |

REGISTRO INTEGRAL DE SALUD  
V°B°  
JEFE TURNO  
C. MESTAS

REGISTRO INTEGRAL DE SALUD  
V°B°  
JEFE (a)  
FISSAL  
G. CARLOS

UUB.1 052

| N°                                    | EQUIPAMIENTO  | CARACTERÍSTICAS   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
|---------------------------------------|---|---|-------------|-----------------|--------------------------------|------------|--------------------|------------|----------------|------------|----------------------------------|------------|------------------------|------------|---------------------|------------|-------------------------|------------|------------------------------|------------|-----------------|------------|-------------------------|------------|----------------------------|------------|---------------------------------------|------------|------------------------------------|----------|-----------------------------------|------------|-------------------------------|------------|---------------------------|------------|-----------------------------------|----------|---------------|----------|-------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|------------------------|----------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|--------------------------|------------|----------------------|------------|-------------------|------------|----------------------|------------|---------------------------|------------|---------------------|------------|
|                                       |   | primera instalación de la máquina de hemodiálisis en una IPRESS, emitidas por el fabricante de las máquinas o empresa autorizada en el país, precisando: i) modelo, ii) marca, iii) número de serie y/o lote.<br>▪ Las horas de funcionamiento son verificadas mediante la visualización del tiempo de funcionamiento en el monitor de la máquina de hemodiálisis.  |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| 2.                                    | Sillones/camillas de hemodiálisis (incluye local aislado) | De diseño anatómico, para uso de diversas posiciones (semifowler, trendelemburg, decúbito dorsal y sentado). Con apoyabrazos y extensión para el apoyo de miembros inferiores, incluyendo los pies y soportar un peso mínimo de 120 kg.   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| 3.                                    | Silla de ruedas   | Uno (01) por módulo, con apoyabrazos y reposapiés, que permita el desplazamiento de los pacientes, capacidad de soportar un peso mínimo de 120 kg.<br>De material impermeable que permita su fácil limpieza y desinfección.   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| 4.                                    | Camilla   | Como mínimo una camilla con ruedas y barandas.  |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| 5.                                    | Coche de paro   | a) Medicamentos e insumos necesarios para reanimación cardiopulmonar, los cuales no deben superar la fecha de caducidad durante la vigencia del contrato: <table><tr><th>Descripción</th><th>Cantidad mínima</th></tr><tr><td>Adrenalina o Epinefrina 1mg/ml</td><td>5 ampollas</td></tr><tr><td>Atropina 0.5 mg/ml</td><td>5 ampollas</td></tr><tr><td>Verapamilo 5mg</td><td>3 ampollas</td></tr><tr><td>Lidocaína (sin Epinefrina) al 2%</td><td>2 ampollas</td></tr><tr><td>Lanatosido C de 0.4 mg</td><td>3 ampollas</td></tr><tr><td>Amiodarona 150.0 mg</td><td>2 ampollas</td></tr><tr><td>Hidrocortisona 500.0 mg</td><td>2 ampollas</td></tr><tr><td>Bicarbonato de sodio al 8.4%</td><td>5 ampollas</td></tr><tr><td>Dextrosa al 33%</td><td>5 ampollas</td></tr><tr><td>Cloruro de Sodio al 20%</td><td>5 ampollas</td></tr><tr><td>Gluconato de calcio al 10%</td><td>5 ampollas</td></tr><tr><td>Dinitrato de isosorbida S.L. de 5 mg.</td><td>3 unidades</td></tr><tr><td>Cloruro de Sodio al 0.9% de 1000ml</td><td>1 frasco</td></tr><tr><td>Máscara de Oxígeno con reservorio</td><td>2 unidades</td></tr><tr><td>Cánula orofaríngea o de Mayo.</td><td>2 unidades</td></tr><tr><td>Tubo endotraqueal 7.5 mm.</td><td>2 unidades</td></tr><tr><td>Guía para intubación endotraqueal</td><td>1 unidad</td></tr><tr><td>Gel conductor</td><td>1 frasco</td></tr><tr><td>Catéter endovenoso periférico N° 18</td><td>2 unidades</td></tr><tr><td>Catéter endovenoso periférico N° 20</td><td>2 unidades</td></tr><tr><td>Llave doble/triple vía</td><td>1 unidad</td></tr><tr><td>Jeringa de 20cc con aguja</td><td>2 unidades</td></tr><tr><td>Jeringa de 10cc con aguja</td><td>2 unidades</td></tr><tr><td>Jeringa de 5cc con aguja</td><td>2 unidades</td></tr><tr><td>Equipo de venoclisis</td><td>2 unidades</td></tr><tr><td>Guantes estériles</td><td>3 unidades</td></tr><tr><td>Sondas de aspiración</td><td>3 unidades</td></tr><tr><td>Gasa estéril 10 por 10cm.</td><td>5 unidades</td></tr><tr><td>Diazepam 10 mg/2ml.</td><td>2 ampollas</td></tr></table><br>b) Equipos operativos y en buen estado de conservación: <ul style="list-style-type: none"><li>• Un (01) pulsioxímetro como mínimo.</li><li>• Un (01) monitor/desfibrilador portátil como mínimo con las siguientes características:<ul style="list-style-type: none"><li>- Monitor cardíaco con desfibrilador, marcapaso externo, con batería recargable y cable de alimentación con conexión a tierra, y que debe estar permanentemente operativo (baterías cargadas y disponible en sala de diálisis).</li><li>- Debe contar con Registro sanitario</li></ul></li></ul> | Descripción | Cantidad mínima | Adrenalina o Epinefrina 1mg/ml | 5 ampollas | Atropina 0.5 mg/ml | 5 ampollas | Verapamilo 5mg | 3 ampollas | Lidocaína (sin Epinefrina) al 2% | 2 ampollas | Lanatosido C de 0.4 mg | 3 ampollas | Amiodarona 150.0 mg | 2 ampollas | Hidrocortisona 500.0 mg | 2 ampollas | Bicarbonato de sodio al 8.4% | 5 ampollas | Dextrosa al 33% | 5 ampollas | Cloruro de Sodio al 20% | 5 ampollas | Gluconato de calcio al 10% | 5 ampollas | Dinitrato de isosorbida S.L. de 5 mg. | 3 unidades | Cloruro de Sodio al 0.9% de 1000ml | 1 frasco | Máscara de Oxígeno con reservorio | 2 unidades | Cánula orofaríngea o de Mayo. | 2 unidades | Tubo endotraqueal 7.5 mm. | 2 unidades | Guía para intubación endotraqueal | 1 unidad | Gel conductor | 1 frasco | Catéter endovenoso periférico N° 18 | 2 unidades | Catéter endovenoso periférico N° 20 | 2 unidades | Llave doble/triple vía | 1 unidad | Jeringa de 20cc con aguja | 2 unidades | Jeringa de 10cc con aguja | 2 unidades | Jeringa de 5cc con aguja | 2 unidades | Equipo de venoclisis | 2 unidades | Guantes estériles | 3 unidades | Sondas de aspiración | 3 unidades | Gasa estéril 10 por 10cm. | 5 unidades | Diazepam 10 mg/2ml. | 2 ampollas |
| Descripción                           | Cantidad mínima   |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Adrenalina o Epinefrina 1mg/ml        | 5 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Atropina 0.5 mg/ml                    | 5 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Verapamilo 5mg                        | 3 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Lidocaína (sin Epinefrina) al 2%      | 2 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Lanatosido C de 0.4 mg                | 3 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Amiodarona 150.0 mg                   | 2 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Hidrocortisona 500.0 mg               | 2 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Bicarbonato de sodio al 8.4%          | 5 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Dextrosa al 33%                       | 5 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Cloruro de Sodio al 20%               | 5 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Gluconato de calcio al 10%            | 5 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Dinitrato de isosorbida S.L. de 5 mg. | 3 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Cloruro de Sodio al 0.9% de 1000ml    | 1 frasco  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Máscara de Oxígeno con reservorio     | 2 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Cánula orofaríngea o de Mayo.         | 2 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Tubo endotraqueal 7.5 mm.             | 2 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Guía para intubación endotraqueal     | 1 unidad  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Gel conductor                         | 1 frasco  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Catéter endovenoso periférico N° 18   | 2 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Catéter endovenoso periférico N° 20   | 2 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Llave doble/triple vía                | 1 unidad  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Jeringa de 20cc con aguja             | 2 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Jeringa de 10cc con aguja             | 2 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Jeringa de 5cc con aguja              | 2 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Equipo de venoclisis                  | 2 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Guantes estériles                     | 3 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Sondas de aspiración                  | 3 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Gasa estéril 10 por 10cm.             | 5 unidades  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |
| Diazepam 10 mg/2ml.                   | 2 ampollas  |   |             |                 |                                |            |                    |            |                |            |                                  |            |                        |            |                     |            |                         |            |                              |            |                 |            |                         |            |                            |            |                                       |            |                                    |          |                                   |            |                               |            |                           |            |                                   |          |               |          |                                     |            |                                     |            |                        |          |                           |            |                           |            |                          |            |                      |            |                   |            |                      |            |                           |            |                     |            |





0000 051

| N°  | EQUIPAMIENTO                      | CARACTERÍSTICAS  |
|-----|-----------------------------------|--|
|     |                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con pantalla para observar los trazos de electrocardiograma (ECG).</li> <li>• Un (01) Laringoscopio como mínimo, con hojas curvas números 3 y 4, siendo opcional una hoja número 5.</li> <li>• Contar como mínimo con un (01) resucitador manual con bolsa de reservorio, una (01) mascarilla para adultos y una (01) mascarilla para pediátricos.</li> <li>• Un (01) balón de oxígeno de aluminio como mínimo, recargable con regulador de presión con porta balón de oxígeno. Debe estar recargado y preparado para funcionamiento inmediato, con presencia de humidificador con fecha de rotulación de preparación del día.</li> <li>• Un (01) aspirador de secreciones como mínimo, con las siguientes características:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que funcione a 120-240v sin transformador.</li> <li>- Con filtro bactericida, indicador de presión negativa.</li> <li>- Frasco recolector y cánulas de succión (estériles, atraumáticas, de calibre adecuado).</li> </ul> </li> </ul> |
| 6.  | Balanza electrónica               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que permita el peso de pacientes en posición de pie y en silla de ruedas, con capacidad máxima de por lo menos 120 kg.</li> <li>• Con barandas que permitan al paciente sostenerse en caso lo requiera.</li> <li>• La balanza deberá contar con calibración vigente durante todo el período de contratación (calibración como mínimo cada seis meses) realizada por un laboratorio acreditado por la Dirección de Acreditación del INACAL u organismo de acreditación extranjero firmante del Acuerdo de Reconocimiento Multilateral del Inter American Accreditation Cooperation (IAAC) o del Acuerdo de Reconocimiento Mutuo del International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC).</li> </ul>  |
| 7.  | Tensiómetro                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensiómetro aneroide rodante: uno (01) en consultorio médico, uno (01) por módulo en sala de hemodiálisis, uno (01) por puesto de hemodiálisis en local aislado y tensiómetros adicionales según condición serológica de los pacientes.</li> <li>• Se acepta adicionalmente el uso de un sistema de monitorización de presión arterial incorporado en las máquinas de hemodiálisis.</li> <li>• Los tensiómetros deberán contar con la calibración vigente durante todo el período de contratación realizada por un laboratorio acreditado por la Dirección de Acreditación del INACAL u organismo de acreditación extranjero firmante del Acuerdo de Reconocimiento Multilateral del Inter American Accreditation Cooperation (IAAC) o del Acuerdo de Reconocimiento Mutuo del International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC).</li> </ul>  |
| 8.  | Estetoscopio clínico              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En sala de hemodiálisis (uno por módulo y según condición serológica de los pacientes) y 01 en consultorio médico.</li> </ul>   |
| 9.  | Sistema de oxígeno de uso clínico | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balón de oxígeno con base rodante de seis (6 m³) metros cúbicos, uno por módulo, con equipo de oxigenoterapia (manómetro, humidificadores insumos necesarios). Asimismo, el Balón de oxígeno debe estar recargado y con presencia de humidificador con fecha de rotulación de preparación del día).</li> <li>• Opcional: Sistema de Red de Oxígeno empotrado con abastecimiento mínimo de 10 m³</li> </ul>  |
| 10. | Equipo de esterilización          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que garantice la esterilización de instrumental de cirugía menor y material médico, de acuerdo a normativa vigente.</li> <li>• Debe contar con indicadores de calidad de esterilización.</li> <li>• Debe encontrarse en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>• El equipo de esterilización (calor seco o húmedo) debe ser de acuerdo al material que se esterilizará en la IPRESS, considerando su clasificación de acuerdo al método y material</li> </ul>  |



0059 050

| N°  | EQUIPAMIENTO                   | CARACTERÍSTICAS   |
|-----|--------------------------------|---|
|     |                                | establecido en la Resolución Ministerial N° 1472-2002 SA/DM, que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria y modificatorias.   |
| 11. | Refrigeradora o conservadora   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refrigeradora o conservadora de uso exclusivo para almacenamiento de productos farmacéuticos (01 ubicada en el área de almacenamiento de productos farmacéuticos y 01 ubicada en el cuarto limpio).</li> <li>• Designadas para el almacenamiento de productos a temperaturas entre 2°C y 8°C.</li> <li>• Con capacidad de almacenamiento de acuerdo a su adquisición de productos farmacéuticos. En buen estado de higiene y conservación</li> <li>• Debe contar con termómetro digital para el control y monitoreo de la temperatura que el producto farmacéutico requiere de acuerdo a las recomendaciones del fabricante.</li> <li>• El termómetro deberá contar con la calibración vigente durante todo el periodo de contratación (como mínimo una vez al año) realizada por un laboratorio acreditado por la Dirección de Acreditación del INACAL u organismo de acreditación extranjero firmante del Acuerdo de Reconocimiento Multilateral del Inter American Accreditation Cooperation (IAAC) o del Acuerdo de Reconocimiento Mutuo del International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC); para asegurar que se mantengan las condiciones de almacenamiento requeridas para el producto farmacéutico y dispositivos médicos termo-sensibles.</li> <li>• En el cuarto limpio debe contar con un equipo de refrigeración para almacenar temporalmente los productos farmacéuticos que se empleen durante el día de atención.</li> <li>• Debe contar con el registro de temperatura por turno de atención, firmado y sellado por el profesional responsable (se recomienda licenciada de enfermería).</li> </ul> |
| 12. | Sistema de tratamiento de agua | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corresponde al conjunto de equipos que tienen la función de remover sustancias orgánicas e inorgánicas y contaminantes microbianos del agua que será utilizada para diluir el concentrado de sales para formar la solución dializante. Debe estar conformado por un ablandador de agua, filtro de sedimento, filtro de carbón activado, sistema de ósmosis inversa, y tanque de material inerte para almacenamiento de agua tratada.</li> <li>• Debe contar con:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <u>Alimentador de agua potable</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tanque o reservorio o cisterna de almacenamiento de agua de agua potable, siendo el mínimo 200 litros/paciente/día. Deben ser opacos, impermeables y con acceso para su limpieza y desinfección.</li> <li>✓ Dos (02) Electrobombas.</li> <li>✓ Con Tablero eléctrico de alternancia para las bombas.</li> <li>✓ Tanque hidroneumático o tablero electrónico para sistema de presión constante.</li> </ul> </li> <li>b) <u>Pre-tratamiento:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Filtro de Sedimentos o Multimedia o partículas</li> <li>✓ Dos (02) Ablandadores o descalcificadores alternados (expresado como dos, doble o twin), con tanque de salmuera para regeneración de resina.</li> <li>✓ Filtro de carbón activado (debe ir colocado después del ablandador), debe estar dimensionado para garantizar un valor cero de cloro en el agua.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>  |



C. MESTAS



G. CARLOS

0058  
049

| N°  | EQUIPAMIENTO     | CARACTERÍSTICAS  |
|-----|------------------|--|
|     |                  | <p>c) <u>Tratamiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Equipo o sistema de osmosis inversa, de paso simple o doble paso que produzca agua tratada con conductividad menor de cinco (5) <math>\mu\text{S}/\text{cm}</math> a <math>20^\circ\text{C}</math>, (El conductivímetro del panel debe estar calibrado).</li> <li>✓ Antes del equipo de osmosis se debe instalar un filtro de hasta cinco (5) <math>\mu\text{m}</math> (opcionalmente filtros en cascada de 5 <math>\mu\text{m}</math> y de 1 <math>\mu\text{m}</math> en serie).</li> <li>✓ Estación de limpieza, con electrobomba de acero inoxidable, tanque de material inerte y accesorios para la recirculación.</li> </ul> <p>d) <u>Almacenamiento</u> (véase nota 16)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tanque de almacenamiento de agua tratada, de material inerte, con base cónica.</li> <li>✓ Con Filtro hidrofóbico de venteo de 0.2 <math>\mu\text{m}</math>.</li> <li>✓ 02 Electrobombas multietapa de acero inoxidable.</li> <li>✓ Tablero eléctrico de alternancia para las 02 bombas.</li> <li>✓ Tanque hidroneumático o sistema de presión constante.</li> <li>✓ Válvula de alivio.</li> <li>✓ A la salida del tanque de almacenamiento y después de las bombas se debe instalar un filtro absoluto de 0.45 <math>\mu\text{m}</math>, un equipo de luz ultravioleta y un filtro absoluto de 0.2 <math>\mu\text{m}</math>.</li> </ul> <p>e) <u>Anillos de distribución</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sala de tratamiento: inicia y termina en el tanque de almacenamiento de agua tratada. El agua es impulsada por una bomba de acero inoxidable u otro material inerte y recorre todos los puestos de la sala de tratamiento, sin la existencia de puntos ciegos. Debe mantenerse la circulación de agua en forma permanente y con presión al final del anillo de 20 PSI como mínimo y una velocidad mayor a 1.0 m/s del agua tratada.</li> <li>Sala de Cebado de sistemas extracorpóreos: inicia y termina en el tanque de almacenamiento de agua tratada. El agua es impulsada por una bomba de acero inoxidable u otro material sin la existencia de puntos ciegos. Debe mantenerse la circulación de agua en forma permanente y con presión al final del anillo de 20 PSI como mínimo y una velocidad mayor a 1.0 m/s del agua tratada.</li> <li>Los dos (02) anillos de distribución de agua tratada deben tener un punto de toma de muestra al inicio del anillo y otro al final del mismo para el control de calidad de agua tratada de acuerdo al protocolo de calidad de agua para hemodiálisis.</li> </ol> <p>f) Opcionalmente, para la producción de agua ultrapura el sistema de tratamiento de agua deberá contar Filtro de Retención de Endotoxinas al inicio del anillo de distribución, en caso el sistema cuente con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanque de almacenamiento de agua tratada</li> <li>- Osmosis de un solo paso</li> <li>- Lámpara de luz ultravioleta</li> </ul> |
| 13. | Conductivímetros | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 conductivímetro para medir la conductividad del agua tratada en micro siemens y 01 conductivímetro para medir la conductividad del líquido de diálisis en mili siemens. Los conductivímetros deberán contar con la calibración vigente durante todo el periodo de contratación realizada por un laboratorio acreditado por la Dirección de Acreditación del INACAL u organismo de acreditación extranjero firmante del Acuerdo de Reconocimiento Multilateral del Inter American</li> </ul>  |





0000  
048

| N°  | EQUIPAMIENTO                              | CARACTERÍSTICAS   |
|-----|---|---|
|     |   | Accreditation Cooperation (IAAC) o del Acuerdo de Reconocimiento Mutuo del International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC).   |
| 14. | Grupo electrógeno                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con tablero de transferencia automática, el paso de fluido eléctrico y el retorno al fluido eléctrico de la red pública, con una salida de voltaje similar al de la red pública. Proporcionará 2500 W por puesto de diálisis.</li> <li>• Debe estar ubicado en un ambiente alejado de la sala de tratamiento y estar acondicionado con dispositivos acústicos que no permitan una emisión sonora mayor de 60 decibeles.</li> <li>• Debe contar con ducto hermético de eliminación de gases al exterior.</li> <li>• Debe contar con extractores de aire en el área donde está instalado.</li> <li>• Cuando el grupo electrógeno no es exclusivo del servicio médico de apoyo de hemodiálisis y de él dependen otros servicios de la IPRESS, se solicitará un documento firmado por el profesional competente el cual indique la operatividad del grupo electrógeno en modo automático.</li> </ul> |
| 15. | Sistema de inyección y extracción de aire | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La sala de tratamiento de hemodiálisis (incluye el local aislado) y la sala de cebado deberán contar con un sistema de inyección y extracción de aire que permita la circulación de aire fresco y limpio. La sala de cebado de dializadores debe contar con un sistema de ventilación: inyección y extracción de aire que garantice un mínimo de 12 recambios de aire por hora. Es recomendable el uso de filtros HEPA en el sistema de ventilación.</li> </ul>  |
| 16. | Equipos informáticos                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe contar con los equipos informáticos requeridos por la Entidad Contratante (véase nota 17).</li> </ul>   |
| 17. | Extintores contraincendios                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Polvo químico seco (PQS), para fuego de tipo A, B y C, para áreas de almacenes y administrativas.</li> <li>ii. Gas carbónico (CO<sub>2</sub>) para sala de hemodiálisis.</li> </ul> </li> <li>• Los extintores deben contar con certificado de mantenimiento, recarga y prueba hidrostática vigentes.</li> </ul>  |



Nota 16: Lo señalado en literal d) podrá obviarse si la planta de tratamiento de agua tiene distribución continua.

Nota 17: La Entidad Contratante debe indicar los equipos informáticos en la elaboración de su requerimiento.



## 2. Infraestructura

a) La IPRESS contratada deberá cumplir con los siguientes parámetros y estándares establecidos en las siguientes normativas y sus actualizaciones y modificatorias:

- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 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 y modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Procedimiento de Limpieza y Desinfección de Ambiente en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".
- Resolución Ministerial N° 498-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 110-MINSA-2020-DGIESP "Directiva Sanitaria para el cuidado integral de la salud de las

047 0056

personas con enfermedades no transmisibles en el contexto de la pandemia por COVID-19.

- Otras normativas vigentes relacionadas a infraestructura de IPRESS y las recomendaciones que el Ministerio de Salud emita en relación al COVID-19.

b) La IPRESS contratada debe contar como mínimo con las siguientes áreas y características:

**Cuadro N° 2. Infraestructura y sus características**

| N° | AMBIENTE/ÁREA                       | CARACTERÍSTICAS  |
|----|-------------------------------------|--|
| 1. | Sala de Espera                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con ventilación e iluminación adecuada.</li> <li>• Que permita el acceso y estancia de personas en sillas de ruedas.</li> <li>• Debe contar con mobiliario cómodo, que permita su fácil limpieza y desinfección</li> <li>• Debe cumplir con las recomendaciones para la organización de áreas en contacto con pacientes con COVID-19, según normativa vigente</li> </ul>  |
| 2. | Sala de Hemodiálisis                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La sala de hemodiálisis cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.</li> <li>• Puesto de hemodiálisis               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Superficie mínima de 6 m<sup>2</sup> por cada puesto de diálisis, con una separación mínima de 0.6 metros laterales con sillones extendidos.</li> <li>- La separación mínima entre sillones de puestos frontales debe ser como mínimo de 1.5 metros lineales con sillones extendidos.</li> <li>- La separación mínima entre el sillón y la máquina de hemodiálisis debe ser como mínimo 30 cm.</li> <li>- En la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19, la distancia de un puesto de hemodiálisis a otro en la sala de hemodiálisis debe garantizar al menos un metro de distancia.</li> </ul> </li> <li>• Lavatorios para el lavado de manos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uno por módulo. Destinados al lavado de manos, exclusivo para el personal, con medidas internas mínimas de 35 x 25 x 15 cm, con surtidor de agua en "cuello de ganso" accionado sin el uso de las manos, surtidor de jabón a pedal y dispensador de papel toalla que permita extraer el papel directamente, sin el uso de palancas, botones o similares.</li> </ul> </li> <li>• Superficie de circulación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debe considerarse un mínimo de 15% adicional a la superficie total de los puestos de diálisis y estaciones de enfermería.</li> </ul> </li> <li>• Estación de enfermería               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una por módulo, que permita la observación y comunicación directa con los pacientes a su cargo, con un área mínima de 4 m<sup>2</sup></li> </ul> </li> </ul> |
| 3. | Local aislado o sala de aislamiento | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El local aislado o aislamiento estructural está referido a los pacientes con serología positiva para el antígeno de superficie para el virus de hepatitis B o algún otro criterio de aislamiento prescrito por el médico especialista.</li> <li>• Cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y</li> </ul>   |





046 0055

| N° | AMBIENTE/ÁREA                             | CARACTERÍSTICAS   |
|----|---|---|
|    |   | desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.   |
| 4. | Consultorio médico                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cercano a la sala de hemodiálisis y con un área mínima de 12 m<sup>2</sup>. Debe tener un lavatorio para el lavado de manos, equipado y operativo.</li> <li>Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.</li> </ul>  |
| 5. | Sala de lavado de material biocontaminado | <ul style="list-style-type: none"> <li>El lavadero de acero inoxidable, para el lavado de material biocontaminado (riñoneras, instrumental quirúrgico, férulas, etc.), con surtidor de agua accionado sin el uso de las manos. Por ningún motivo se utilizará para otros fines.</li> <li>Debe existir un lavatorio para el lavado de manos, surtidor de jabón a pedal, surtidor de agua accionado sin el uso de las manos y dispensador de papel toalla que permita extraer el papel directamente sin uso de palancas, botones o similares.</li> <li>El agua utilizada para el lavado de material biocontaminado debe provenir del sistema de tratamiento de agua y tener la misma calidad de la usada en la sala de hemodiálisis.</li> <li>Cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.</li> </ul> |
| 6. | Sala de cebado de sistemas extracorpóreos | <ul style="list-style-type: none"> <li>Con un área mínima de 6 m<sup>2</sup>, debe contar con área única y con un número de máquinas de hemodiálisis operativas que garanticen un óptimo procedimiento de cebado.</li> <li>Cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.</li> </ul>  |
| 7. | Área limpia                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ubicada cerca de la sala de hemodiálisis, con superficies que la delimitan, en perfecto estado de conservación e higiene y protegida de la contaminación del medio ambiente.</li> <li>Para el almacenamiento de ropa limpia (sábanas, frazadas, mandilones) necesaria para un día de tratamiento.</li> <li>Con mobiliario que permita su limpieza y desinfección.</li> </ul>   |
| 8. | Cuarto limpio                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe tener un área mínima de 4 m<sup>2</sup></li> <li>Implementado con refrigeradora o conservadora para conservación de medicamentos y equipo para esterilización de material.</li> <li>Dispone de armarios y vitrinas para el almacenamiento de material limpio y/o estéril.</li> <li>Cuenta con un espacio para la preparación de material médico.</li> <li>Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y</li> </ul>   |



0054  
045

| N°  | AMBIENTE/ÁREA   | CARACTERÍSTICAS   |
|-----|---|---|
|     |   | desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.   |
| 9.  | Área bio contaminada                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para el almacenamiento temporal de ropa biocontaminada (sábanas, frazadas, mandilones).</li> <li>Cuenta con separación física de otras áreas.</li> <li>Cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.</li> </ul>   |
| 10. | Cuarto biocontaminado (Almacenamiento central o final)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe tener un área mínima de 2 m<sup>2</sup> por módulo de atención y estar ubicado en un lugar no transitado por pacientes ni familiares, alejado de sala de hemodiálisis, de cebado y almacén.</li> <li>Cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y desinfección, con zócalo sanitario, presencia de sumidero interior, paredes revestidas o pintadas con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección, superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación.</li> </ul>  |
| 11. | Sala de mantenimiento de máquinas                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe tener un área mínima de 4 m<sup>2</sup>, cercana a la sala de hemodiálisis.</li> <li>Por ningún motivo se dará mantenimiento a las máquinas fuera de la sala de mantenimiento.</li> <li>Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.</li> </ul>   |
| 12. | Sala de tratamiento de agua                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contará con drenaje que permita evacuar fugas de agua, techos, paredes, pisos y puertas revestidas o pintadas de material que asegure su impermeabilidad y permita una adecuada limpieza y desinfección.</li> <li>Debe estar alejada de cualquier zona contaminada.</li> <li>Debe contar con abastecimiento de agua potable, sistema de alcantarillado, desagüe de la red pública.</li> </ul>  |
| 13. | Almacén para materiales, insumos y dispositivos médicos | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para el almacenamiento de materiales, insumos y dispositivos médicos, contando con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe tener 6 m<sup>2</sup> por módulo como mínimo</li> <li>Cuenta con un área para materiales, insumos y dispositivos médicos contaminados, adulterados, falsificados, alterados, expirados, en mal estado de conservación y otras observaciones sanitarias.</li> <li>Las zonas adyacentes al almacén se mantienen limpias.</li> <li>Se encuentra debidamente identificado</li> <li>Cuenta con estantes y/o racks y/o anaqueles y/o parihuela y se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>La superficie de los pisos, paredes y techos son lisas y facilitan la limpieza y desinfección; se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>Las ventanas y otros, se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>Cuenta con rótulos que restringen el acceso al almacén solo a personas autorizadas.</li> </ul> </li> </ul> |



044 0053

| N°  | AMBIENTE/ÁREA                      | CARACTERÍSTICAS  |
|-----|------------------------------------|--|
|     |                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con rótulos que prohíben comer, beber y fumar dentro del almacén.</li> <li>- Cuenta con instalaciones eléctricas en buenas condiciones.</li> <li>- Cuenta con aire de acondicionamiento y/o equipo de extracción de aire.</li> <li>- Los materiales, insumos y dispositivos médicos deben estar ordenados e identificados y ubicados en tarimas y/o estantes y/o racks y/o anaqueles y/o parihuela que son de material de plástico, madera o metal (no deben colocarse directamente en el piso).</li> <li>- Los anaqueles y/o parihuelas, mantienen distancia con la pared, facilitando el manejo de los materiales, insumos y dispositivos médicos y permite realizar la limpieza.</li> <li>- Cuenta con extintores y con carga vigente; cuenta con acceso despejado a los extintores.</li> <li>- Cuenta con detectores de humo.</li> <li>- Cuenta con indicador de temperatura.</li> </ul>   |
| 14. | Almacén de productos farmacéuticos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe garantizar la conservación y almacenamiento de productos farmacéuticos, contando con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con un área para productos farmacéuticos contaminados, adulterados, falsificados, alterados, expirados, en mal estado de conservación y otras observaciones sanitarias.</li> <li>- Las zonas adyacentes al almacén se mantienen limpias.</li> <li>- Se encuentra debidamente identificado</li> <li>- Cuenta con estantes y/o racks y/o anaqueles y/o parihuela y se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>- La superficie de los pisos, paredes y techos son lisas y facilitan la limpieza y desinfección; se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>- Las ventanas y otros, se encuentran en buen estado de conservación e higiene.</li> <li>- Cuenta con rótulos que restringen el acceso al almacén solo a personas autorizadas.</li> <li>- Cuenta con rótulos que prohíben comer, beber y fumar dentro del almacén.</li> <li>- Cuenta con instalaciones eléctricas en buenas condiciones.</li> <li>- Cuenta con aire de acondicionamiento y/o equipo de extracción de aire.</li> <li>- Los productos farmacéuticos deben estar ordenados e identificados y ubicados en estantes y/o racks y/o anaqueles y/o parihuela (no deben colocarse directamente en el piso).</li> <li>- Los anaqueles y/o parihuelas, mantienen distancia con la pared, facilitando el manejo de los productos farmacéuticos y permite realizar la limpieza.</li> <li>- Cuenta con extintores y con carga vigente; cuenta con acceso despejado a los extintores.</li> <li>- Cuenta con detectores de humo.</li> <li>- Cuenta con indicador de temperatura.</li> </ul> </li> </ul> |
| 15. | Área administrativa                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con equipamiento administrativo, soporte informático y archivo convencional.</li> </ul>   |





0052  
043

| N°  | AMBIENTE/ÁREA                                  | CARACTERÍSTICAS  |
|-----|--|--|
| 16. | Servicios higiénicos exclusivos para pacientes | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.</li> <li>Con dispensador de agua y jabón, dispensador de papel toalla o secador de manos automático, equipados y operativos. Con presencia de barras de apoyo para facilitar su uso en pacientes discapacitados.</li> </ul>  |
| 17. | Servicio higiénico para el local aislado.      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.</li> <li>Con dispensador de agua y jabón, dispensador de papel toalla o secador de manos automático, equipados y operativos. Con presencia de barras de apoyo para facilitar su uso en pacientes discapacitados.</li> <li>Este servicio higiénico puede estar fuera de dicho local a una distancia que no comprometa la seguridad ni el confort del paciente.</li> <li>El local aislado podrá estar en un piso contiguo a la sala de hemodiálisis siempre y cuando se cuente con acceso para personas con discapacidad.</li> </ul> |
| 18. | Servicios higiénicos personales de la IPRESS.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y desinfección. Las superficies de techo, paredes y pisos deben estar en buen estado de conservación.</li> <li>Con dispensador de jabón accionado a pedal, dispensador de papel toalla o secador de manos automático, equipados y operativos.</li> </ul>   |
| 19. | Vestuario personal.                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Con casilleros de acuerdo al número de personas que trabajan en la UPS de hemodiálisis.</li> </ul>  |
| 20. | Comedor para personal.                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Con un área específica, propia y con mobiliario necesario; para que el personal de la UPS de hemodiálisis ingiera sus alimentos en condiciones sanitarias adecuadas durante el horario de refrigerio.</li> </ul>  |
| 21. | Cuarto de limpieza.                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Con mobiliario para almacenar los materiales utilizados para la limpieza y desinfección de la IPRESS de hemodiálisis.</li> <li>Con la presencia de lavadero/poza.</li> <li>Cuenta con drenaje que permita evacuar fugas de agua; delimitado por techos, paredes, pisos y puertas revestidas o pintadas de material que asegure su impermeabilidad y permita una adecuada limpieza y desinfección.</li> </ul>  |



C. MESTAS



G. CARLOS

- c) La IPRESS contratada debe tener autonomía operativa, es decir el inmueble destinado a brindar el servicio contratado, deberá tener exclusividad para este fin, de lo cual se desprende que, el circuito de entrada y salida del citado inmueble también debe ser independiente y de uso exclusivo del mismo, para el tránsito del personal, paciente y familiares, con accesibilidad para personas con discapacidad.
- d) La IPRESS debe ser propietaria o arrendataria del inmueble donde se encuentran los módulos de atención que brindan el servicio contratado, expresando su compromiso de no variar de ubicación durante el tiempo del contrato suscrito. En caso la IPRESS contratada desee realizar alguna modificación en el inmueble, podrá realizarlo siempre en cuando no altere la continuidad de la atención y comodidad de los pacientes.
- e) La infraestructura debe contar con accesos de ingreso y de salida adecuados para el manejo de residuos sólidos de acuerdo a normativa vigente.

042 0051

- f) La IPRESS debe contar con infraestructura cuya distribución de ambientes, permita la separación física (paredes, puertas y pisos) de las áreas limpias y contaminadas, así como para el transporte de materiales el cual debe ser unidireccional (no biocontaminado a biocontaminado).

### 3. Insumos y materiales

- a) La IPRESS contratada debe garantizar la disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica, lavatorios para el lavado de manos con surtidores de agua, dispensadores de jabón y de papel toalla sin el uso de las manos, constantemente operativos a fin de que todo el personal de salud, de mantenimiento de máquinas y de limpieza realice los cinco momentos de la higiene de manos. Se debe colocar el afiche de los cinco momentos del lavado de manos de la OMS en un lugar visible tanto para el personal de salud y los pacientes en el puesto de hemodiálisis.
- b) Los insumos para hemodiálisis deben ser adquiridos de proveedores registrados en la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) y/o otros registros establecidos según el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos aprobado con Decreto Supremo N° 014-2011-SA y sus modificatorias vigentes; asimismo deben contar con Registro Sanitario vigente. La IPRESS contratada debe cumplir con todo lo dispuesto en el D.S. N° 016-2011-SA que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, que en su artículo 139° indica: "Los dispositivos médicos deben comercializarse de acuerdo a las condiciones establecidas por el fabricante y autorizados por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios", por tanto está prohibido el reuso de los dispositivos médicos destinados por el fabricante para un solo uso.
- c) Deben contar con el abastecimiento de dializadores de membranas biocompatibles, los cuales deben ser utilizados siguiendo la prescripción médica registrada en el formato de procedimiento de hemodiálisis (parte médico). Opcionalmente, en caso el médico especialista en nefrología prescriba dializadores de mayor permeabilidad, se debe contar con líquido de diálisis ultra puro y agua ultra pura.
- d) Deben usar concentrados de ácido y bicarbonato para hemodiálisis, teniendo en cuenta las diferentes formas de presentación disponibles como: soluciones, hidratación de sales (la hidratación de sales sólo para concentrado ácido) y/o dispositivo de bicarbonato en polvo. Debe utilizarse insumos con Registro Sanitario aprobado por la DIGEMID.
- e) La IPRESS contratada debe contar con sábanas y frazadas para la atención de pacientes en cantidad suficiente para mantener permanentemente un stock de recambio por cada turno del día y otro de reserva para atención de contingencias.

### 4. Servicios de apoyo

- a) La IPRESS contratada debe contar con el servicio de ambulancias (tipo de ambulancia será indicada por el médico responsable de turno, dependiendo de la necesidad del paciente), propia o contratada, la cual debe cumplir con la NTS 051-MNSA/OGDN V01 Norma Técnica de Salud para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre y sus modificatorias, dicho servicio deberá estar disponible durante todo el horario de atención de la IPRESS contratada.
- b) La IPRESS contratada debe contar con el servicio de recojo, transporte y eliminación final de residuos biocontaminados, el cual debe cumplir con la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación" y Decreto Legislativo N° 1278, que aprueba Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, y las modificatorias de ambos.
- c) La IPRESS contratada debe contar con el servicio de lavandería propia o contratada que cuente con guías de procedimientos de manejo de ropa hospitalaria para la recolección, manipulación, servicio de lavado, desinfección, secado y planchado de ropa de la unidad de hemodiálisis, validados por la dirección médica de la IPRESS privada.





041 0050

- d) Los contratos con el servicio de laboratorio, ambulancia, servicio de recojo y transporte de residuos biocontaminados y servicio de lavandería serán presentados a la firma del contrato por el contratista.

#### 5. Documentos de Gestión de la IPRESS

- a) La IPRESS contratada deberá contar al menos con los siguientes documentos de gestión:
- 1) Manual de Organización y Funciones, vigente.
  - 2) Manual de procedimientos de atención de hemodiálisis, vigente.
  - 3) Manual de bioseguridad de hemodiálisis, vigente. *Corresponde al nefrólogo Director Médico la selección de las guías de manejo de pacientes infectocontagiosos. Se sugieren las publicaciones de la CDC (Centers for Disease Control and Prevention) bajo el título Dialysis Safety, las guías sobre enfermedades víricas en hemodiálisis de la Sociedad española de Nefrología y (publicadas en idioma español) normativa vigente para el manejo de pacientes con diagnóstico COVID 19 y La Norma Técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis-MINSA 2013. El Manual de Bioseguridad debe establecer los criterios de la sectorización de pacientes en la IPRESS de hemodiálisis.*
  - 4) Manual de limpieza y desinfección interna y externa, de corresponder, de máquinas y sillones utilizados para la atención de pacientes con COVID 19, vigente.
  - 5) Guías de práctica clínica de las complicaciones más frecuentes derivadas del tratamiento con hemodiálisis (por lo menos: manejo de la hipertensión arterial, anemia, trastornos del metabolismo y la mineralización ósea), vigente. La IPRESS bajo la dirección de su Director Médico y Enfermero(a) responsable elaborarán sus propios documentos de gestión pudiendo acogerse, cuando corresponda, a guías clínicas y manuales de reconocimiento nacional o internacional.
  - 6) Sectorización (distribución de puestos) de pacientes mensual, de acuerdo a los criterios establecidos en el manual de Bioseguridad.
  - 7) Registro diario de atenciones de enfermería y complicaciones durante la sesión de hemodiálisis (el cual debe estar actualizado por turno, módulo y secuencia), que debe contener como mínimo lo contemplado en el anexo N° 8.
  - 8) Informe mensual de complicaciones intradiálisis, según lo registrado en el anexo N° 8 (el informe debe contener como mínimo las acciones realizadas).
  - 9) Registro de pacientes en hemodiálisis: nuevos, hospitalizados y egresos, que debe contener como mínimo lo contemplado en los anexos N° 9-A, 9-B y 9-C.
  - 10) Registro diario de desinfección interna de máquinas de hemodiálisis por turno de atención con firma y sello del profesional en mantenimiento de máquinas y del médico especialista en nefrología del turno, que debe contener como mínimo lo contemplado en el anexo N° 11.
  - 11) Registro de accesos vasculares, que debe contener como mínimo lo contemplado en el anexo N° 12.
  - 12) Planes de contingencia ante posibles situaciones de emergencia como son sismos, incendio, falta de fluido eléctrico, interrupción del funcionamiento de las máquinas, entre otros.
  - 13) Historial de cada máquina de hemodiálisis, el cual debe contar con informes de mantenimiento preventivo y/o correctivo.
  - 14) Programa de mantenimiento preventivo y correctivo de máquinas.
  - 15) Programa de calibración de equipos.
  - 16) Plan de auditoría de historias clínicas, según la normativa vigente.
  - 17) "Fichas investigación epidemiológicas de infecciones virales en diálisis" de los casos de seroconversión de hepatitis B y C y VIH (brotes), que debe contener como mínimo lo contemplado en el anexo N° 13.
  - 18) Programación del personal de la IPRESS, la cual será remitida a la Entidad Contratante según los procedimientos establecidos por ésta.
  - 19) Informe mensual de bacteriemias asociadas al acceso vascular (el informe debe contener como mínimo las acciones realizadas).
  - 20) Informe mensual de tiempo de diálisis de pacientes (el informe debe contener como mínimo las acciones realizadas).
- b) La IPRESS contratada pone a disposición de la Entidad Contratante los documentos de gestión cada vez que lo requiera, en forma física o virtual.



0049

040

**6. Personal**

- a) El equipo de salud de la UPS de hemodiálisis está constituido por: médicos especialistas en nefrología, uno de los cuales será el responsable de la gestión clínica, licenciados (as) en enfermería, nutrición, psicología, y trabajo social, registrados como hábiles en el colegio profesional correspondiente; y personal técnico de enfermería, según normativa vigente.
- b) El personal que de la IPRESS contratada cumple con los siguientes requisitos mínimos:
1. **Director Médico/Médico Responsable (para el caso de UPS de hemodiálisis como servicio médico de apoyo):** Médico especialista en nefrología con Título Universitario, Registro Nacional de Especialista en Nefrología (considerada como la colegiatura profesional) y Constancia de Habilidad vigente, con tres años de experiencia profesional como mínimo en hemodiálisis (contada desde la fecha de expedición del registro de especialista), responsable de la conducción de la IPRESS en los aspectos médico legal y administrativo.
  2. **Médico Asistencial:** Médico Especialista en Nefrología con Título Universitario, Registro Nacional de Especialista en Nefrología (considerada como la colegiatura profesional) y Constancia de Habilidad vigente. El médico asistencial tendrá a su cargo como máximo tres (03) módulos de atención por turno.
  3. **Enfermero(a) Jefe.** Licenciado (a) en Enfermería, con Título Universitario, colegiatura profesional y constancia de habilidad vigente, con experiencia profesional acreditada en hemodiálisis mínima de tres (03) años (contada desde la fecha de expedición de su colegiatura). Recomendable con especialidad de enfermería nefrológica.
  4. **Enfermero(a) Asistencial.** Licenciado (a) en Enfermería, con Título Universitario, colegiatura profesional y constancia de habilidad vigente; con experiencia profesional acreditada en instituciones hospitalarias, y/ o IPRESS privadas mínima de seis (06) meses en hemodiálisis (contada desde la fecha de expedición de su colegiatura). El / La enfermero (a) asistencial tendrá a su cargo como máximo un (01) módulo de atención por turno. Durante la atención a pacientes COVID-19 el enfermero debe atender la cantidad de pacientes que mantengan un distanciamiento mínimo de 1 metro de puesto a puesto y a estación de enfermería ubicados dentro de un mismo módulo.
  5. **Técnico(a) de enfermería para sala de hemodiálisis:** con Título a nombre de la Nación de Instituto Superior, con seis (06) meses como mínimo de experiencia acreditada en hemodiálisis (contada desde la fecha de expedición del título), asignado a un módulo de atención por turno. Durante la atención a pacientes COVID-19 el técnico de enfermería debe atender la cantidad de pacientes que mantengan un distanciamiento mínimo de 1 metro de puesto a puesto y a estación de enfermería ubicados dentro de un mismo módulo.
  6. **Técnico(a) de Enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores:** Título a nombre de la nación de instituto superior con seis (06) meses como mínimo de experiencia acreditada en hemodiálisis (contada desde la fecha de expedición del título), asignado como máximo a dos módulos de atención por turno.
  7. **Licenciado (a) en Nutrición,** con título universitario, colegiatura profesional y constancia de habilidad vigente, experiencia profesional mínima de seis (06) meses en el manejo de pacientes con enfermedad renal crónica (contada desde la fecha de expedición de la colegiatura).
  8. **Licenciado (a) Psicología:** con título universitario, colegiatura profesional y constancia de habilidad vigente, un mínimo de seis (06) meses de experiencia profesional en el manejo de pacientes con enfermedad renal crónica (contada desde la fecha de expedición de la colegiatura).
  9. **Licenciado(a) en Trabajo Social:** con título universitario, colegiatura profesional y constancia de habilidad vigente, un mínimo de seis (06) meses de experiencia profesional en el manejo de pacientes con enfermedad renal crónica (contada desde la fecha de expedición de la colegiatura).



0048  
039

10. **Profesional en mantenimiento de máquinas:** se considera los títulos profesionales de técnico en electrónica, técnico en electromecánica, técnico en mecatrónica, técnico en electrónica industrial, técnico en electrotecnia, o profesiones de ingeniería electrónica, ingeniería biomédica o ingeniería mecatrónica; acreditar experiencia profesional mínima de seis (06) meses en el manejo y mantenimiento de equipos biomédicos y hemodiálisis (contada desde la fecha de expedición del título o desde la fecha expedición de colegiatura, de corresponder). Asimismo, debe contar con certificado o constancias de capacitación que acredite el manejo de los equipos de hemodiálisis.
11. **Personal de limpieza:** contar con certificación actualizada de conocimientos de las normas de bioseguridad y del manejo de residuos sólidos en IPRESS, con antigüedad máxima de 01 año. La certificación se refiere a las constancias de cursos y capacitaciones sobre Bioseguridad y manejo de residuos sólidos en servicios médicos de apoyo y manejo de residuos, limpieza y desinfección de áreas, ambientes, pisos, techos, mobiliario utilizados en la atención de pacientes en hemodiálisis y/o con diagnóstico de COVID-19.
- c) Es responsabilidad del Director Médico de la IPRESS contratada asegurar la presencia y permanencia del personal, en calificación y número, para garantizar una conveniente prestación de la atención.





0047  
038**ANEXO N° 18**  
**NORMATIVAS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE**

- 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".
- Resolución Ministerial N° 456-2020-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 161-MINSA/2020/DGAIN, Norma Técnica de Salud para el uso de los Equipos de Protección Personal por los trabajadores de las Instituciones Prestadoras de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA. "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación" y Decreto Legislativo N° 1278, Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos, y modificada mediante Decreto Legislativo N° 1501, para el manejo de residuos sólidos generados durante la atención de pacientes con COVID-19.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y demás normativas vigentes
- Resolución Ministerial N° 1472-2002 SA/DM, que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM, que aprueba el "Manual de Aislamiento Hospitalario".
- Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA, que aprueba la NTS N° 015-MINSA/DGSP-V.01 "Manual de Bioseguridad".
- Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Procedimiento de Limpieza y Desinfección de Ambiente en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial 719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°141-MINSA/2018 DGIESP V.04 "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación".
- Resolución Ministerial N° 215-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 097-MINSA/DGSP-V.03 "Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)".
- Resolución Ministerial N° 1330-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°146-MINSA/2018/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral B en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 214-2020-MINSA, que aprueba la "Directiva Sanitaria N° 93-MINSA/2020/DGIESP: Directiva Sanitaria que establece disposiciones y medidas para operativizar las inmunizaciones en el Perú en el contexto del COVID-19".
- Resolución Ministerial N° 498-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 110-MINSA-2020-DGIESP "Directiva Sanitaria para el cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades no transmisibles en el contexto de la pandemia por COVID-19".
- Resolución Ministerial N°834-2021-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Manejo ambulatorio de personas afectadas por COVID 19 en el Perú, sus modificatorias y actualizaciones.
- Resolución Ministerial N°881-2021/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 135-MINSA/CDC-2021 "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el Perú".
- Resolución Ministerial N°1218-2021/MINSA que aprueba la NTS N°178-MINSA/DGIESP-2021 "Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la COVID-19 en el Perú".
- Resolución Ministerial N°1275-2021/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°321-MINSA/DGIESP-2021, "Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2".
- Guía de la OMS sobre higiene de manos en la atención de salud: Resumen Primer desafío global de seguridad del paciente. Una atención limpia es una atención segura. Organización Mundial de la Salud 2009.
- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo "los cinco momentos para la higiene de las manos". Organización Mundial de la Salud 2013, el cual se encuentra en el siguiente enlace <https://apps.who.int/iris/handle/10665/84918>
- Las "Recomendaciones para prevenir la transmisión de infecciones entre pacientes con hemodiálisis crónica" del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), April 27, 2001 / 50(RR05);1-43. Asimismo, de acuerdo a las Herramientas de prevención de infecciones de Dialysis Safety (Seguridad de diálisis), el cual se encuentra en el siguiente enlace <https://www.cdc.gov/dialysis/prevention-tools/index.html>



C. MESTAS





G. CARLOS

0046

037

**ANEXO N° 19  
OTRAS CONDICIONES SUJETAS A PENALIDAD**

1. La IPRESS cumple con las características mínimas señaladas en el Cuadro N° 1 Equipamiento y sus características del anexo N° 17 "Recursos a ser provistos por el contratista", con relación a:
  - a) máquina de hemodiálisis
  - b) sillones/camillas de hemodiálisis (incluye local aislado)
  - c) silla de ruedas
  - d) camilla
  - e) balanza electrónica
  - f) tensiómetro
  - g) estetoscopio clínico
  - h) sistema de oxígeno de uso clínico
  - i) sistema de tratamiento de agua
  - j) conductivímetros
  - k) grupo electrógeno
  - l) extintores contra-incendios
2. La IPRESS cumple con las características mínimas señaladas en el Cuadro N° 2. Infraestructura y sus características del anexo N° 17 "Recursos a ser provistos por el contratista", con relación a:
  - a) sala de espera
  - b) sala de mantenimiento de máquinas
  - c) sala de tratamiento de agua
  - d) almacén para materiales, insumos y dispositivos médicos
  - e) almacén de productos farmacéuticos
  - f) servicios higiénicos exclusivos para pacientes
  - g) servicio higiénico para el local aislado
  - h) servicios higiénicos de personal de la IPRESS
  - i) vestuario de personal
  - j) comedor para personal.
3. La IPRESS cuenta con todos los documentos señalados en el literal a) del numeral 5. "Documentos de Gestión de la IPRESS" del anexo N° 17 "Recursos a ser provistos por el contratista".
4. La presencia y permanencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales programados en el turno de atención: Director Médico/Médico Responsable, Enfermero(a) Jefe, Licenciado (a) en Nutrición, Licenciado (a) Psicología, Licenciado(a) en Trabajo Social, Personal de limpieza.
5. Cumplimiento de la acreditación documentaria de la profesión (título profesional universitario o técnico), colegiatura profesional (cuando corresponda), experiencia profesional (según la experiencia señalada en el literal b del numeral 6 del anexo N° 17) o certificación de capacitación (cuando corresponda, según lo señalado en el literal b del numeral 6 del anexo N° 17) de uno o más de los siguientes profesionales presentes durante el turno de atención: Director Médico/Médico Responsable, Enfermero(a) Jefe, Licenciado (a) en Nutrición, Licenciado (a) Psicología, Licenciado(a) en Trabajo Social, Personal de limpieza.
6. Las historias clínicas cumplen con las siguientes características:
  - a) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia que todos los formatos de historia clínica consignan los nombres y apellidos completos del paciente y el número de historia clínica.
  - b) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia que todos los formatos de historia clínica consignan la fecha, hora, nombre (s) apellidos completos, firma, sello y número de colegiatura, registro de especialidad (de corresponder) del profesional que brinda la atención.
  - c) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia que en todos los formatos de historia clínica se registra la atención completa con letra legible y sin enmendaduras.



0045  
036

- d) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia la presencia de los resultados de laboratorio con firma y sello del profesional responsable del laboratorio, de acuerdo a lo prescrito por el médico especialista en nefrología.
  - e) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia la presencia y el registro de: "Historia clínica inicial" (anexo N° 1) y "Consentimiento informado para tratamiento de hemodiálisis" (anexo N° 2).
  - f) En todas las historias clínicas seleccionadas, se evidencia el registro de la Parte de atención médica y la Parte de atención de enfermería del "Formato de procedimiento de hemodiálisis" (anexo N° 3).
  - g) En todos los "Formatos de procedimiento de hemodiálisis" (anexo N° 3) de las historias clínicas seleccionadas se evidencia la concordancia entre la prescripción en la Parte de atención médica y lo registrado en la parte de enfermería
7. Los pacientes con hepatitis B dializan en aislamiento estructural (local aislado) y con personal diferenciado.
  8. La IPRESS contratada atiende a los pacientes en hemodiálisis ambulatoria con diagnóstico de COVID-19 leve en secuencias y/o turnos y/o módulo(s) exclusivos, según lo señalado en la Resolución Ministerial N° 498-2020-MINSA y sus modificatorias.



0044

035



RED ASISTENCIAL JULIACA

**PRECISIONES (NOTAS) DE LA FICHA DE HOMOLOGACIÓN DE LOS TERMINOS DE REFERENCIA DEL SERVICIO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 HEMODIALISIS CONVENCIONAL SIS REUSO POR IPRESS DE HEMODILALISIS TERCERIZADAS.**

**CODIGO DE CUBSO:** 6512150400390508

**DENOMINACIÓN DEL REQUERIMIENTO:** "Servicios de atención ambulatoria del paciente con Enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis en la Red Asistencial Juliaca".

#### **NOTA N°1**

**UNIDAD DE MEDIDA:** Servicio por sesiones de Hemodiálisis

- Pacientes procedentes de la Red Asistencial Juliaca
- Se considera 13 sesiones de hemodiálisis mensuales por paciente.
- El número de sesiones a contratar es la siguiente:

Mensual: 1,300 (mil trescientos) sesiones

Anual: 15,600 (quince mil seiscientos) sesiones

**DE LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL SERVICIO**

#### **Nota N° 2**

**DE LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL SERVICIO**

##### **2.1.1.1.a) Admisión de pacientes**

El procedimiento para la Admisión y referencia de pacientes que requieran la atención, será la siguiente:

- El Hospital Base III Juliaca de la Red Asistencial Juliaca transferirá a los pacientes al Centro de Hemodiálisis contratado.
- Para su atención, EsSalud entregará a la IPRESS contratada la Orden de Referencia, con formato de Referencia autorizado por EsSalud, realizado por médico especialista en nefrología.
- Este formato de Referencia será enviado por EsSalud vía virtual a través de la Oficina de Referencias, y de manera física entregado por el paciente referido a la empresa tercerizada de Hemodiálisis.

##### **2.1.1.1.c) Reasignación de Pacientes**

Este ítem se cumple siempre y cuando se cuente con más de dos clínicas de hemodiálisis.

Dr. J. E. ZICARPA MACEDO  
Médico Especialista en Nefrología  
C.M.P. 2280-0 R.N.E. 12188  
HOSPITAL III BASE - RAJUL  
EsSalud

Dr. J. E. ZICARPA MACEDO  
Médico Especialista en Nefrología  
C.M.P. 2280-0 R.N.E. 12188  
HOSPITAL III BASE - RAJUL  
EsSalud



RED ASISTENCIAL JULIACA

0043  
034

El paciente de la IPRESS contratada presenta a la Dirección del Hospital III Juliaca, la solicitud de cambio a otra IPRESS contratada.

El Hospital Base III Juliaca recepciona la solicitud de cambio en los siguientes casos:

- Casos sociales (pacientes con reasignación de familiar responsable) acompañado de Informe Social de la IPRESS contratada.
- Reclamo y denuncia debidamente registrados en el Libro de Reclamaciones.
- Cambio de domicilio (Declaración jurada de cambio de domicilio y/o recibo de servicios básicos).
- Paciente registrado en lista de espera, por asignación de cupo en IPRESS contratada lejano a su domicilio.

EL Hospital Base III Juliaca verifica los cupos disponibles en las IPRESS contratadas solicitadas por el paciente, comunica al paciente la disponibilidad de cupo solicitado.

El contratista no podrá objetar la libre decisión del paciente y de EsSalud, salvo no contar con cupos disponibles.

Dr. ANGELO GARCIA MACEDO  
JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGIA  
C.M.P. 22805 N.E. 12188  
HOSPITAL III BASE RAJUL  
EsSalud

#### 2.1.1.2.a) Recepción de Pacientes

Para la prestación del servicio, es condición obligatoria que el asegurado presente su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carnet de extranjería, Pasaporte u otro documento validado por las normas migratorias vigentes, el cual será presentado al personal de las IPRESS, a fin de verificar su identidad al ingreso de la IPRESS.

La condición de asegurado debe ser verificado por el personal de la IPRESS contratada haciendo uso del link que EsSalud brinda a la IPRESS.

El contratista está obligado a admitir para su atención a los pacientes que le transfiera EsSalud.

EsSalud no está obligado a proporcionar a los centros de hemodiálisis contratados un número de pacientes que colme su capacidad ni garantiza un numero de sesiones dado que la asignación de pacientes es a demanda aleatoria y de libre elección por parte del asegurado.

#### 2.1.1.2.d) Recepción de Pacientes

La IPRESS contratada toma conocimiento de la existencia de un paciente con enfermedad infectocontagiosa y comunica inmediatamente al Hospital Base III Juliaca vía correo electrónico al correo hemodiálisis.juliaca@essalud.gob.pe y de manera física al Hospital III Juliaca.

Dr. Néstor Córdova  
MEDICO NEFROLOGIA  
C.M.P. 55956 R.N.E. 34483  
EsSalud

0042

033



RED ASISTENCIAL JULIACA

La IPRESS-Hemodiálisis brindará tratamiento a los pacientes mayores de 14 años. Atenderá pacientes de EsSalud con infección por virus de hepatitis B, VIH, HTVL-1, TBC activa, en el cuarto de aislados. Se incluye paciente con COVID 19.

**Atención nutricional, Psicológica y de trabajo social**

- La IPRESS contratada deberá de prever la información nutricional, psicológica y en trabajo social cuando el médico especialista en Nefrología considere necesario. Sin embargo, todo paciente nuevo debe tener evaluación de todo el equipo multidisciplinario.
- Pacientes en riesgo nutricional de salud mental, y riesgos sociales requieren más de una evaluación del equipo multidisciplinario hasta estabilizar al paciente. Estos pacientes en riesgo deben ser informados al equipo multidisciplinario del Hospital Base III Juliaca.
- Dichas atenciones deben quedar registradas en la historia clínica y según los Anexos 4, 5, 6, 26, 27 Y 28 respectivamente.

**2.1.1.4.d) Registros y Reportes del Servicio Brindado**

La IPRESS contratada debe remitir de manera mensual vía virtual al correo [hemodialis.essalud@essalud.gob.pe](mailto:hemodialis.essalud@essalud.gob.pe) y de manera física al Hospital Base III Juliaca.

La IPRESS contratada remite mensualmente, Valores de parámetros clínicos mensual: peso seco (en kg), peso pre-diálisis (en kg), peso post-diálisis (en kg), tiempo de hemodiálisis (en horas decimales), volumen de ultra filtrado (en litros), para el proceso de cálculo de kt/v y TRU que será realizado por la IPRESS contratada.

**2.1.1.4.e) Registros y Reportes del Servicio Brindado**

La IPRESS contratada realiza los exámenes de laboratorio a los asegurados de EsSalud a quienes se le realiza el servicio de Hemodiálisis (anexo 31) así como para el control de la calidad del servicio a través de los indicadores Kt/v y TRU, por lo que las IPRESS contratadas deben registrar los Valores de parámetros clínicos mensual hasta los tres (03) días hábiles del mes siguiente: peso seco (kg). peso pre diálisis, (en Kg), peso post diálisis (en Kg), tiempo de hemodiálisis (en horas decimales), volumen de ultra filtrado (en litros)

Los resultados de los exámenes de laboratorio serán enviados al Hospital Base III Juliaca de manera física y virtual hasta 3 días antes que finalice el mes, y de manera virtual hasta 05 días después del mes siguiente al correo [hemodialis.juliaca@essalud.gob.pe](mailto:hemodialis.juliaca@essalud.gob.pe).

Los pacientes que por limitación física no se puedan pesar serán evaluados mediante TRU (Tasa de remoción de urea igual o mayor a 70%)

El Kt/v será medido en forma mensual y será calculado utilizando la fórmula de Daugirdas para hemodiálisis. desarrollada en las Guías DOQI.

Dr. ANGEL J. GARCIA GONZALEZ  
JEF. DE SERVICIOS DE NEFROLOGIA  
C.M.P. 22805 RNE. 12188  
HOSPITAL III BASE - RAJUL

Dr. NANCY L. GARCIA GONZALEZ  
MEDICO NEFROLOGO  
C.M.P. 60356 RNE 34483  
EsSalud



0041  
032

RED ASISTENCIAL JULIACA

La forma de medición de la dosis de diálisis prescrita es el empleo del "Modelo Cinético de la Urea de Compartimiento Único y de Volumen Variable" UKM Single Pool.

Al cuantificar la diferencia de urea pre y post diálisis se deben emplear valores pre y post de la misma sesión de diálisis.

Para medir la dosis de diálisis prescrita se utiliza la extrapolación de la relación Urea Pre y Urea Post con una fórmula logarítmica, el cual será calculado y remitido por la IPRESS contratada de manera mensual, remitidos al Hospital Base III Juliaca hasta los cinco (05) días hábiles del mes siguiente.

$$KTV = - \ln (R - 0.008 \times t) + (4 - 3.5 \times R) \times UF/P$$

- Ln: logaritmo neperiano.
- R: Urea post diálisis dividida por Urea pre diálisis.
- t: Duración de la diálisis en horas.
- UF: ultrafiltración en litros.
- P: peso en kg.

La IPRESS contratada remitirá el informe de los resultados **microbiológicos** de líquido de diálisis de manera mensual como parte del informe mensual del servicio, emitido por el director médico de la IPRESS contratada a la Dirección del Hospital Base III Juliaca

La IPRESS contratada remitirá informe de los resultados **endotoxinas** a la salida del osmosis inversa, a la salida y al final del anillo de circulación, de manera mensual, en el informe emitido por el director médico de la IPRESS contratada a la Dirección del Hospital Base III Juliaca.

La IPRESS contratada informa a la RAJUL las acciones correctivas efectuadas por resultado de cultivo o de endotoxinas de agua y/o líquido de diálisis por encima de los niveles de alerta o permitidos, dentro de los cinco (05) días hábiles de recibido el resultado de laboratorio. en documento físico a través de Mesa de Partes del Hospital Base III Juliaca y por vía virtual al correo [hemodiálisis.juliaca@essalud.gob.pe](mailto:hemodiálisis.juliaca@essalud.gob.pe)

#### 2.1.1.5.b) Calidad de Atención

La IPRESS contratada efectúa los procedimientos para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las IPRESS contratadas de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 02-2019-SA y modificatorias. Remite mensualmente al Hospital Base III JULIACA reportes sobre la cantidad de reclamos atendidos, discriminados por causa y soluciones en físico a través de Mesa de Partes. hasta los cinco (05) días hábiles de producido el reclamo y/o denuncia. El Hospital Base III Juliaca efectuará seguimiento a los reclamos en proceso de atención o no atendidos. Estos informes también deben ser incluidos en el informe mensual.

DE ANÁLISIS DE AGUA Y/O LÍQUIDO DE DIÁLISIS  
J. F. SERVICH / 01/07/2023  
CNP 22809 KML 12188  
HOSPITAL III BASE - RAJUL

DE ANÁLISIS DE AGUA Y/O LÍQUIDO DE DIÁLISIS  
J. F. SERVICH / 01/07/2023  
CNP 22809 KML 12188  
HOSPITAL III BASE - RAJUL



0040  
031



RED ASISTENCIAL JULIACA

La IPRESS contratada realiza la evaluación semestral (6to mes y 12vo mes) de la satisfacción del usuario externo de acuerdo a lo señalado en la Resolución Ministerial Nº 527-2011 / MINSA y modificatorias e informa al Hospital Base III Juliaca en documento físico a través de Mesa de Partes. sobre los resultados y las acciones de mejora de ser el caso, hasta los quince (15) días hábiles de haber concluido la evaluación y vía virtual al correo. Dicha evaluación debe incluirse en el informe mensual del mes siguiente.

El Hospital Base III Juliaca podrá realizar semestralmente encuestas de satisfacción asistencial a los pacientes atendidos en las IPRESS contratadas. cuya puntuación será realizada en porcentajes del 01 al 100%.

### NOTA N°3

#### 2.1.1.1.d) Admisión de pacientes

La IPRESS contratada comunica a la red Asistencial Juliaca, correo electrónico: [hemodialisis.juliaca@essalud.gob.pe](mailto:hemodialisis.juliaca@essalud.gob.pe) cuando un paciente deja de asistir a tres (03) sesiones de hemodiálisis de forma continua, dichas inasistencias deben ser reportados en el libro de ocurrencias.

La Red Asistencial Juliaca a través del servicio de Nefrología evaluará egreso de cupo de paciente dependiendo de las circunstancias de la inasistencia.

#### NOTA N°4

#### 2.1.1.4.a) Registros y Reportes del Servicio Brindado

No se requieren otros formatos de historia clínica adicionales a los señalados en la ficha de homologación.

#### 2.1.1.4.b) Registros y Reportes del Servicio Brindado

La IPRESS contratada realiza registros en los Anexos N' 7-A, 7-B, 8, 9-A, 9-B, 9-C, 10, 11, 12, 13 de la Ficha de Homologación.

La RAJUL requiere del uso de otros formatos para los registros de las actividades en la atención, tales como:

- Limpieza y desinfección de material. equipos, mobiliario y piso de sala de hemodiálisis Anexo N° 20-A.
- Limpieza y desinfección de material. equipos y mobiliario por áreas realizado por el Técnico de Enfermería Anexo N° 20-B.
- Actividades de limpieza y desinfección de IPRESS (personal de limpieza). Anexo N° 20-C
- Registro de utilización de insumos de limpieza (personal de limpieza). Anexo N° 20-D.

0039

030



RED ASISTENCIAL JULIACA

- Control de ciclos de esterilización a vapor. Anexo N° 21 -A.
- Control de test de vacío Anexo N° 21 -B.
- Registro de preparación de material y equipo médico reutilizable. Anexo N° 21.C.
- Reporte de seguimiento de seroconversiones y de transaminasas, serología. factores de riesgo para seroconversiones (incluida la sectorización de los pacientes) elaborado por la/el director(a) médico. Anexo N° 22.
- Reporte de seguimiento de indicadores de calidad. elaborado por el/la directora(a) Médico. Anexo N° 23.
- Indicadores de calidad de agua y líquido para diálisis
- Indicadores de Evaluación de transaminasa. serología, nesgo y caso seroconversiones.
- Indicadores de dosis (kt/v y TRU) y Tiempo de Diálisis (Pacientes con tiempo de diálisis 4 horas.  $\geq 3$  horas 45 min y  $\geq 3$  horas 30min).
- Consolidado de reporte de episodio de BRC asociado a CVCLP, elaborado por la/el enfermero(a) jefe. Anexo N° 24
- Informe de ejecución del plan de capacitación continua de personal y educación del paciente y familiar. elaborado por ella enfermero(a) jefe. Anexo N° 25.
- Reporte de vigilancia primaria del acceso vascular, elaborado por enfermero(a) jefe. Anexo N° 12
- Informe mensual de evaluación nutricional, elaborado por el/la licenciada(o) en nutrición. Anexo NO 26.
- Reporte consolidado de atención psicológica. elaborado por el/la licenciada(o) en psicología. Anexo N° 27.
- Reporte consolidado de atención social. elaborado por el/la licenciada(o) en trabajo social. Anexo N° 28.
- Planilla de producción de hemodiálisis. Anexo N° 29.
- Formato de programación de personal y staff de personal, suscrito por el director(a) médico. administrador(a) y enfermero(a) jefe. Anexo 30-A. 30-B.
- TODOS los formatos son verificados por el Equipo de Control de la siguiente manera:

- 1) Los Formatos de los Anexos N° 1, 2.3, 4. 5, 6. 7-A, 7-B. 8, 9A. 9-B, 9-C, 10, 11, 13, 14. 20-A. 20-B, 20-C. 20-D, 21-A. 21 -B. 21-C. son solicitados y verificados durante la visita de control de las prestaciones de salud.
- 2) La IPRESS contratada remite mensualmente a la RAJUL los Formatos de los Anexos N° 12, 22. 23, 24-A. 24-B. 25. 26, 27, 28 hasta los siete (07) días hábiles del mes siguiente, en forma física y digitalizada a través de Mesa de Partes.
- 3) La IPRESS contratada remite el Anexo N° 29 en forma digital (archivo Excel y PDF) y físico a través de Mesa de partes y en la fecha que señale la RAJUL a través de correo electrónico [hmodialisis.juliaca@essalud.gob.pe](mailto:hmodialisis.juliaca@essalud.gob.pe).
- 4) La IPRESS contratada remite los formatos del Anexo N° 30-A y 30-B. a la RAJUL en documento físico y digital. dentro de los cinco (05) últimos días del mes precedente.
- 5) La IPRESS contratada reporta mensualmente y de forma obligatoria a la Oficina de Evaluación y Control e Inteligencia Sanitaria (OECIS) del CNSR, la información requerida para el Registro Nacional de Diálisis — RENDES, el 3er martes del mes siguiente. en formato exportable y vía correo electrónico: [cnsr.admoecis@essalud.gob.pe](mailto:cnsr.admoecis@essalud.gob.pe) según la Directiva de Gerencia General N°1 -CNSR-ESSALUD-2020 V.01 "Vigilancia de la Enfermedad Renal Crónica en estadio 5 en Terapia de Diálisis a Través del

Dr. ANGEL ARRAZACEDO  
C.R. 12183  
C.O.P. 2280  
HOSPITAL III BASE RAJUL  
EsSalud

Nidia del Rio Celis  
Médico Nefrólogo  
C.O.P. 55960 RNE 34483  
EsSalud

0038

029



RED ASISTENCIAL JULIACA

Registro Nacional de Diálisis de ESALUD". Así mismo deberá enviar una copia de toda la información enviado al Hospital Base III Juliaca al correo [naira.calderon@essalud.gob.pe](mailto:naira.calderon@essalud.gob.pe), así como en forma física en el informe mensual.

#### **NOTA N°5**

##### **2.1.1.5.f) Registros y Reportes del Servicio Brindado**

No se requiere el uso de aplicativo informático. Toda información de documentos y formatos requeridos que debe registrar la IPRESS contratada será enviado a los correos electrónicos: [hemodiálisis.juliaca@essalud.gob.pe](mailto:hemodiálisis.juliaca@essalud.gob.pe) y [hemodiálisis.informes@essalud.gob.pe](mailto:hemodiálisis.informes@essalud.gob.pe).

##### **2.2.1.2.d) condiciones de ejecución: recursos y facilidades a ser provistos por la entidad contratante.**

No es necesario dicha capacitación en los aplicativos informáticos, salvo el link para valorar la condición de aseguramiento de pacientes que van a la IPRESS para la sesión de hemodiálisis.

#### **NOTA N° 6**

##### **2.2.1.3.a Condiciones de Ejecución: Aspectos relacionado en relación al paciente.**

La entidad contratante debe indicar otras normativas y documentos, en caso lo requiera, en la elaboración de su requerimiento. El Hospital Base III Juliaca requiere de otras normativas para la atención del paciente, descritas en el Anexo N° 32.

#### **NOTA N° 7**

##### **2.2.1.3.d Condiciones de Ejecución: Aspectos relacionado en relación al paciente.**

###### **Reporte de seroconversión**

La IPRESS contratada reporta al Hospital Base III Juliaca, los casos de seroconversión de hepatitis B, C y VIH a través de la "Ficha de Investigación Epidemiológica de Infecciones Virales en Diálisis" (Anexo N° 13) a las 48 horas de recibido el resultado, a través del correo electrónico: [hemodiálisis.juliaca@essalud.gob.pe](mailto:hemodiálisis.juliaca@essalud.gob.pe). Y físico dirigido a la Dirección del Hospital Base III Juliaca el cual será derivada al área de nefrología del Servicio de Especialidades Médicas.

La PRESS contratada toma acciones de aislamiento (sectorización) oportuna.

La RAJUL realiza investigación epidemiológica de caso, de ser necesario realiza una investigación in situ a través de una comisión con representantes del área,

La RAJUL realiza un Informe y remite a las áreas involucradas las recomendaciones del caso.

ANGEL F. CARRERA  
C.O. 2280 - RNE 11183  
HOSPITAL III Base - RAJUL

Nidia P. Córdova  
MÉDICO NEFROLOGO  
CNP. 50966 / RNE. 34483





RED ASISTENCIAL JULIACA

0037  
028**NOTA N° 8****2.2.1.5.a) Medidas de control durante la ejecución contractual.**

La RAJUL realiza el control de las prestaciones en el marco de Supervisión a través del Equipo de Control. emplea instrumentos de verificación que permiten constatar que la prestación del servicio de hemodiálisis se realice conforme al TDR y contrato establecido.

El Control se realiza a través de dos modalidades:

- 1) De Campo o de manera presencial: a través de visita Inopinada de control mensual realizada por el equipo de control, para verificar historias clínicas, fichas de atención de hemodiálisis, el estado de la infraestructura, equipamiento, material médico, insumos, dispositivos médicos, asistencia de personal y perfil profesional. Verifica los registros de los formatos de la Ficha de Homologación y otros formatos requeridos por la RAJUL. El equipo de supervisión solicita información de abastecimiento de los diferentes insumos, materiales y medicamentos utilizados en las sesiones de hemodiálisis, podrá requerir también la presentación de facturas originales y/o guías de remisión de compras y Kardex de almacén con información de la cantidad de ingresos y egresos de dializadores. líneas arterio-venosas. medicamentos por número de serie y lote, y otros.

Se considera falta si el personal programado no se encuentra en la IPRESS y el reemplazo no fue comunicado de manera física y a través del correo: [hemodialisis.juliaca@essalud.gob.pe](mailto:hemodialisis.juliaca@essalud.gob.pe), en el cual deberá presentar el informe de cambio de turno, mediante la Dirección del Hospital Base III Juliaca, a su vez este debe estar registrados en el libro de ocurrencias.

El equipo de control de prestaciones verifica el contenido del Libro de Ocurrencias. Documento foliado y legalizado que contiene el registro de asistencia del personal y de pacientes por turno (opcionalmente el paciente puede registrar su asistencia a través del lector biométrico), el Acta de apertura y cierre del control efectuado transcrita y suscrita por ambas partes, consigna hechos, situaciones y observaciones de relevancia ocurridos en el turno que sirve de medio probatorio para resolver eventuales discrepancias.

El contratista abrirá un Libro de Ocurrencias Médicas debidamente legalizado, en el que registrará diariamente las ocurrencias que pudieran presentarse por turno, así como los datos que se detallan a continuación:

- Fecha y hora de inicio y termino del turno de atención.
- Nombres y Apellidos, del médico Jefe Nefrólogo de turno.
- Nombre y Apellidos, del personal asistencial de turno.

Dr. JACQUELINE ZECARRA MACEDO  
Médico Nefrólogo - IPRESS  
C.O.P. 22849 - N° 12188  
HOSPITAL III BASE RAJUL  
EsSalud

MEDICO NEFROLOGO  
C.O.P. 22849 - N° 34128  
HOSPITAL III BASE RAJUL  
EsSalud



0036  
027



RED ASISTENCIAL JULIACA

- Nombres y Apellidos de los pacientes asegurados atendidos, consignando su firma o huella digital en caso de pacientes imposibilitados de firmar.
- Libro de Ocurrencias Médicas debe estar registrado, complicaciones de Hemodiálisis, acorte de tiempo, cambio de turno, faltas, pacientes nuevos, referencias, toma de muestra para ktv, supervisiones, etc.
- El equipo de control de prestaciones verifica Libro de Reclamaciones. el cual estará implementado de acuerdo a la norma vigente, se controla el número de reclamos presentados y el estado en que se encuentra su atención.
- El cumplimiento de las normas técnicas para la adecuada gestión y manejo de residuos sólidos podrá ser verificado a través de los Manifiestos de Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos requerido por el Equipo de Control de Prestaciones de Salud durante las visitas inopinadas de control.
- La RAJUL podrá implementar otros procesos de control para lo cual la IPRESS contratada brindará las facilidades que permitan su ejecución.
- Al finalizar la visita inopinada del control mensual. el Equipo de Control de Prestaciones de Salud elabora un informe de las observaciones, hallazgos y recomendaciones efectuadas durante la visita. El cual será plasmado en el acta de apertura y cierre. Quedando una copia en la IPRESS contratada y otra con el equipo de control.

RECEIVED  
HOSPITAL III - RAJUL  
22802 - 12103  
12/10/2023

2) **De gabinete en Oficina.** para la evaluación mensual y control de (Los indicadores de dosis (Kt/v, TRU) y tiempo de diálisis; calidad de agua; indicadores de evaluación de transaminasas, serología, riesgo y caso de seroconversión; indicadores de monitorización de acceso vascular; y otros indicadores relacionados al servicio.

- Realiza el control mensual de los exámenes de laboratorio de los asegurados de EsSalud que dializan en las IPRESS contratadas. según tipo de exámenes y frecuencias programadas en el cuadro del Anexo N° 31.
- Realizan el control de los resultados de los exámenes de laboratorio para estudio microbiológico y el nivel de endotoxinas (agua para diálisis y de diálisis) realizados por laboratorios externos, que las IPRESS contratadas remiten mensualmente.
- La RAJUL no se exenta de realizar estos controles de manera periódica y en forma aleatoria.

Medicina  
Natalia R. C. C. C.  
MÉDICO NEFRÓLOGO  
CNP: 55956 RNE: 34483  
EsSalud

0035

026



RED ASISTENCIAL JULIACA

**NOTA N° 9****2.2.1.5 b) Medidas de control durante la ejecución contractual**

Las recomendaciones resultado de control de las prestaciones de salud son implementadas por las IPRESS contratadas de acuerdo al procedimiento establecido por EsSalud:

Los hallazgos, incumplimientos y recomendaciones verificadas por el equipo de control se consignan en el Acta de Apertura y Cierre. De existir observaciones e incumplimientos la IPRESS contratada deberá hacer llegar mediante documento formal el plan de mejora en un plazo máximo de 3 días hábiles con el cronograma de implementación, sin perjuicio de la aplicación de la penalidad a que hubiere lugar de ser el caso.

**NOTA N° 10****2.2.2.1 Conformidad de la prestación**

La recepción de documentos para la conformidad de la prestación de servicio se realizará mensualmente y correspondiente a la totalidad de las atenciones de hemodiálisis brindadas al mes anterior consideradas para la conformidad, la cual serán los 10 primeros días del mes y serán según el siguiente procedimiento:

- La conformidad será emitida por el comité de conformidad del Hospital Base III Juliaca, evaluando la documentación presentada por la IPRESS contratada.
- La conformidad corresponderá al número total de sesiones de hemodiálisis prestadas y conformes en el mes.

**2.2.2.1 Conformidad de la prestación**

La RAJUL se reserva el derecho de efectuar controles posteriores y de corresponder proceder administrativamente con descuentos adicionales de ser el caso.

La IPRESS contratada remitirá la documentación solicitada en formato digital al correo [hemodiálisis.informe@essalud.com](mailto:hemodiálisis.informe@essalud.com) y físico a través de Mesa de Partes dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente a la prestación del servicio. Los documentos a presentar son:

- ✓ Formato de Procedimiento de Hemodiálisis por paciente, turno y frecuencia, según Anexo N° 03.
- ✓ Libro de Ocurrencias o reporte del Biométrico.
- ✓ Planillas de Producción de Hemodiálisis Anexo N° 29
- ✓ Otra documentación que EsSalud solicite.

Dr. ANTONIO ZARATEA VILLADO  
C.O.P. 2780 - C.M. 12188  
HOSPITAL III BASE - RAJUL  
EsSalud

Dr. ANTONIO ZARATEA VILLADO  
MEDICO - NRO. 34483  
CMP 55396 RNE 34483  
EsSalud



RED ASISTENCIAL JULIACA

0034

025

**a. Presentación de Informes**

Informe mensual del Directo Medico.

- Informe multidisciplinario con la evaluación de los pacientes nuevos evaluados en el mes y el seguimiento de los casos clínicos problemas y/ o resultados del análisis de laboratorio.
- El director médico debe remitir la evaluación mensual de cada paciente, del equipo multidisciplinario donde consignen el diagnóstico y problemática del paciente, los logros obtenidos y proponga posibles correcciones del tratamiento de complicaciones crónica, basadas en las guías y protocolos de ESSALUD.
- Informe de acceso vascular y de infecciones asociadas a catéteres, en el que consigne la evaluación del acceso vascular por parte del Medico Nefrólogo de turno, y el personal de enfermería que la anulación, consignar consignar en un registro de eventos adversos de la misma (infiltración, recaudaciones, disfuncionabilidad, signos de infección en caso de CVC)
- Informe de seguimiento de hipertensión arterial, con la evaluación individualizada de cada paciente y sugerencias respecto al tratamiento
- Informe de seroconversión y seguimiento de transaminasas, serología, factores de riesgo para seroconversiones (incluida la sectorización de los pacientes)
- Informe de la elaboración de indicadores de calidad.
- Informe de control de calidad de agua.
- Indicadores mensuales de evaluación de resultados.
- Producción mensual de sesiones de hemodiálisis y de sesiones adicionales por sobre hidratación o hipercalemia.
- Reporte mensual de la información RENDES.
- Registro diario de la calidad de agua
- Resultados semestrales de la encuesta de satisfacción del usuario.

Dr. ANGEL R. GARCIA  
MEDICO EN JEFE  
L.M.P. 2280- APR. 12/88  
HOSPITAL III LASH - RAJUL  
ESSALUD

**b. Informe mensual de la IPRESS (jefe de enfermeros).**

- Informe de la administración de medicamentos del tratamiento de las complicaciones crónicas según esquema indicada por la consulta externa de ESSALUD, Y /O las modificaciones con el sustento respectivo de las mismas. Así mismo, como de la aplicación de medicación a pacientes medicamentos para las complicaciones intradialíticas.
- Informe de vigilancia de acceso vascular para hemodiálisis.
- Informe del seguimiento de inmunizaciones.
- Informe de la vigilancia del cumplimiento de los procedimientos de enfermería y del manual de bioseguridad.

Natalia R. GARCIA  
MEDICO EN JEFE  
C.M.P. 5050- RNE-34-43  
ESSALUD



0033  
024



RED ASISTENCIAL JULIACA

- Informe de la tasa de bacteriemia asociada a CVC de la larga permanencia (catéteres de hemodiálisis permanentes).
- Informe de ejecución del plan de capacitación de personal y el de pacientes y familiares con las evidencias correspondientes.
- Informe del programa de inducción para el personal nuevo.

**c. Informes trimestrales (Equipo Multidisciplinario).**

- Informe trimestral de Evaluación psicológica.
- Informe trimestral de evaluación nutricional.
- Informe trimestral de evaluación social.

**NOTA N° 12**

**2.2.3.1) Lugar y plazo de prestación del servicio**

**Lugar:** El servicio contratado es brindado en el ámbito geográfico del distrito Juliaca y San Miguel de la provincia de San Román de la Región Puno.

**NOTA N° 13**

**2.2.3.2) Lugar y plazo de prestación del servicio**

**Plazo:** La PRESS contratada deberá contar con la operatividad de todos los servicios contratados dentro del plazo de la prestación del servicio.

El plazo para la prestación del servicio es de 365 días calendarios el mismo que se computa desde el día siguiente de la suscripción del contrato.

Las sesiones de hemodiálisis de los pacientes por la IPRESS de hemodiálisis tercerizada Inter diario: lunes, miércoles y viernes, o martes, jueves y sábados.

**NOTA N° 14**

**2.2.3.3.a) Penalidades: por mora en la ejecución de la prestación**

Se considera también la penalidad por mora por retraso injustificado a la entrega fuera del plazo de los documentos para la conformidad del servicio o para la subsanación de prestaciones observadas en el proceso de conformidad del servicio según lo especificado en la **NOTA 10**.

  
Nilda R. Calizaya  
MEDICINA GENERAL  
CNP 55500 / NE 3943  
EsSalud



ANEXO N° 20 A

LIMPIEZA Y DESINFECCION DE MATERIAL, EQUIPOS, MOBILIARIO Y PISO DE SALA DE  
HEMODIALISIS

| LIMPIEZA Y DESINFECCION DE MATERIAL, EQUIPOS, MOBILIARIO Y PISO DE SALA DE HEMODIALISIS |   |  | DIAS  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|
| MES/AÑO:  | TURNO   | RESPONSABLE  | ACTIVIDADES / FECHAS  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 30 |  |  |  |
| I   | TURNO   | Personal de Limpieza                                 | HORA DE INICIO  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   |  | Arriba y retira las bolsas de desecho,<br>contenedor rígido para punos cortantes. |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   |  | No comprime las bolsas.   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   |  | Realiza lavado de manos y cambio guantes.   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   |  | Realiza recojo de papel y residuos sólidos.                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   |  | HORA FINAL  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   | Técnico en Enfermería   | HORA DE INICIO                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   | Limpieza de máquinas y alfileres.                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   | Lavado de manos y calzado guantes.                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   | Limpieza de coches, tambores, pinzas y tensiómetros. |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   | Deventa guantes y lavado de manos.                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   | HORA FINAL   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| Personal de Limpieza  | HORA DE INICIO  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   | Aplica el desinfectante sobre el piso, inicio de la zona<br>menos contaminada a la más contaminada. |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|   |   |  | HORA FINAL  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA RESPONSABLE  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |

\*Se hará el registro por cada turno de atención de pacientes

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 Servicio de Hemodiálisis".

Norma Técnica para la "Limpieza y Desinfección en las IPRESS del Seguro Social de Salud – ESSALUD" aprobado con Resolución de Gerencia General N° 1050-GG-ESSALUD-2018.

Guía Técnica de los Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 372-2011-MINSA.

Matilde P. Calleja  
MEDICO - NEFROLOGO  
C.M.P. 58965  
R.N.E. 2280  
ESSALUD

ANEXO N° 20 B

LIMPIEZA Y DESINFECCION DE MATERIAL, EQUIPOS Y MOBILIARIO POR AREAS  
REALIZADO POR TECNICO EN ENFERMERIA

| LIMPIEZA Y DESINFECCION DE MATERIAL, EQUIPOS Y MOBILIARIO POR AREAS REALIZADO POR TECNICO EN ENFERMERIA |   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|
| MES/AÑO:  |   | DIAS |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| AMBIENTES   | LIMP. Y DESINFECC DE:   | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 29 | 30 |  |  |  |  |
| SALA DE HEMODIALISIS  | Cochete de paro   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Refrigeradora para muestras.  |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Frascos humidificadores   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Riñoneras   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Tablillas   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Férulas   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Tambores  |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| Pielas  |   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| Vitrinas  |   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| DE LAVADO DE MATERIAL BIOCONTAMINADO  | Personal Responsable  |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Contenedores para el lavado de riñoneras, equipos de curación, tablillas. |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Replina o mesa.   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| SALA DE CEBADO  | Personal Responsable  |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Máquina (Desinfecc. interna).   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Máquina (Desinfecc. externa).   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Estantes, vitrinas  |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Contenedores para el transporte de sistemas extracorpóreos cebados.       |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| CUARTO LIMPIO   | Personal Responsable  |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Contenedores, mesa, estante y/o vitrina.                                  |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Equipo de esterilización.   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| SALA DE OBSERVACIÓN   | Refrigeradora para medicamentos   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Personal Responsable  |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
|   | Cochete, camilla, soporte de suero, biombo.                               |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| AREA LIMPIA   | Mobiliario  |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |
| FIRMA Y SELLO DE ENFERMERA RESPONSABLE  |   |      |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |

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 Servicio de Hemodiálisis".

Normas y Procedimientos de la Central y Unidad de Esterilización de la Seguridad Social de Salud. Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 08-GCPS-ESSALUD-2016 aprobada con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 27-GCPS- ESSALUD-2016.

ANEXO N° 20 C

ACTIVIDADES DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA IPRESS (PERSONAL DE LIMPIEZA)

IPRESS: **HOSPITAL III - BASE - RAJUL**  
MES/AÑO: **NOVIEMBRE 2020**

| ACTIVIDADES PROGRAMADAS  | DIAS |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|--|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
|  | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |  |
| 1 Sala de espera/ consultorio/ sala de observación   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 2 Sala de Hs. lavado de manos  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 3 Contenedores de residuos comunes y biocontaminados de sala de tratamiento y servicios higiénicos |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 4 Servicios higiénicos de pacientes y personal   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 5 Sala de Cebado y sala de lavado de mat. Biocontaminado   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 6 Área Biocontaminada y Cuarto Biocontaminado  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 7 Contenedores de almacenamiento de ropa biocontaminada  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 8 Biocontaminado   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 9 Cuarto Limpio/ Área Limpia   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 10 Sala de tratamiento de agua / sala de helogenas   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 11 Almacén/ vestuario y comedor  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 12 Administración  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 13 Escritorios, mesas, archivadores, sillas.   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 14 Cuarto de limpieza  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| <b>SEMANAL Limpieza profunda</b>   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 15 Ventanas/ techos  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 16 Puertas, divisiones y panderas  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 17 Servicios higiénicos  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 18 Pisos, paredes y techos   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 19 Ventanas/ Cortinas  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 20 Jardines o áreas circundantes   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| <b>MESESUAL Limpieza profunda</b>  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 21 Vidrios por el exterior   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 22 Techos exterior e interior  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 23 Paredes y pisos de todo el establecimiento  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 24 Lámparas y/o fluorescentes  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 25 Motores y extractores   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

FIRMA Y SELLO DE PERSONAL QUE VERIFICA

Dr. DOMINGO CUETO  
MEDICO GERENTE  
CHP 10500 RNE 34483  
EsSalud

Norma Técnica para la "Limpieza y Desinfección en las IPRESS del Seguro Social de Salud -ESSALUD"  
aprobado con Resolución de Gerencia General N° 1050-GG-ESSALUD-2018.

Guía Técnica de los Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los  
Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Resolución  
Ministerial N° 372-2011-MINSA.

www.essalud.gob.pe

Jr. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-6000 / 265-7000

**Siempre**  
con el pueblo

**BICENTENARIO**  
DEL PERÚ  
2021 - 2024



ANEXO N° 20 D

REGISTRO DE UTILIZACIÓN DE INSUMOS DE LIMPIEZA

**REGISTRO DE UTILIZACIÓN DE INSUMOS DE LIMPIEZA (PERSONAL DE LIMPIEZA)**

IPRESS: \_\_\_\_\_ MES/AÑO: \_\_\_\_\_

| INSUMOS                        | UNIDAD DE MEDIDA | DÍAS |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|--------------------------------|------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
|                                |                  | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |
| DETERGENTE                     | GRAMOS           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| HIPOCLORITO 1%                 | LITROS           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| PINO                           | LITROS           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| TRAPEADORES                    | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| PAÑOS                          | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| BOISAS ROJAS SOUTROS           | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| BOISAS NEGRAS DE 50 LITROS     | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| BOISAS AMARILLAS DE 50 LITROS  | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| BOISAS ROJAS DE 170 LITROS     | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| BOISAS NEGRAS DE 170 LITROS    | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| BOISAS AMARILLAS DE 170 LITROS | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| FIRMA DEL RESPONSABLE          |                  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

Norma Técnica para la "Limpieza y Desinfección en las IPRESS del Seguro Social de Salud – ESSALUD" aprobado con Resolución de Gerencia General N° 1050-GG-ESSALUD-2018.

Guía Técnica de los Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 372-2011-MINSA.



ANEXO N° 21 A

| CONTROL DE CICLOS DE ESTERILIZACION A VAPOR   |              |                      |                 |                        |                             |
|---|--------------|----------------------|-----------------|------------------------|-----------------------------|
| IPRESS :  |              |                      |                 | FECHA:                 |                             |
| AUTOClave:  |              |                      |                 | ENFERMERA RESPONSABLE: |                             |
| (*) PROGRAMAS: (1) Gomas, caucho, Latex, Superficies (2) Textil (3) Instrumental (4) De vacío (5) B & D |              |                      |                 |                        |                             |
| N° CICLO  | PROGRAMA (*) | OPERADOR DE CARGA    | HORA DE INICIO  | MATERIAL               | REGISTRO FISICO             |
|   |              |                      |                 |                        | Se pega printer del proceso |
| PARAMETROS  |              | OPERADOR DE DESCARGA | HORA DE TERMINO |                        |                             |
|   |              |                      |                 |                        |                             |
| TEMPERATURA:  |              |                      |                 |                        |                             |
| Presión (mmHg, Bar, Kps):   |              |                      |                 |                        |                             |
|   |              |                      |                 |                        |                             |
| Tiempo:   |              |                      |                 |                        |                             |
|   |              |                      |                 |                        |                             |
| INDICADOR DE PAQUETE  |              |                      |                 |                        |                             |
|   |              |                      |                 |                        |                             |
| OBSERVACIÓN:  |              |                      |                 |                        |                             |

Normas y Procedimientos de la Central y Unidad de Esterilización de la Seguridad Social de Salud. Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 08-GCPS-ESSALUD-2016 aprobada con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 27-GCPS- ESSALUD-2016.

  
MEDICO N° 34483  
CNP 88986 / RNE 34483  
EsSalud



018 0027

## ANEXO N° 21 B

| CONTROL DE TEST DE VACIO  |              |                      |                 |                        |                             |
|---|--------------|----------------------|-----------------|------------------------|-----------------------------|
| IPRESS :  |              |                      |                 | FECHA:                 |                             |
| AUTOCLAVE:  |              |                      |                 | ENFERMERA RESPONSABLE: |                             |
| (*) PROGRAMAS: (1) Gomas, caucho, Latex, Superficies (2) Textil (3) Instrumental (4) De vacio (5) B & D |              |                      |                 |                        |                             |
| N° CICLO  | PROGRAMA (*) | OPERADOR DE CARGA    | HORA DE INICIO  | MATERIAL               | REGISTRO FISICO             |
|   |              |                      |                 |                        | Se pega printer del proceso |
| PARAMETROS  |              | OPERADOR DE DESCARGA | HORA DE TERMINO |                        |                             |
|   |              |                      |                 |                        |                             |
| TEMPERATURA:  |              |                      |                 |                        |                             |
| Presión (mmHg, Bar, Kps):   |              |                      |                 |                        |                             |
| Tiempo:   |              |                      |                 |                        |                             |
| INDICADOR DE PAQUETE  |              |                      |                 |                        |                             |
| OBSERVACIÓN:  |              |                      |                 |                        |                             |

  
 C.M.P. 2280- 000  
 HOSPITAL III VICE-RAJUL

Normas y Procedimientos de la Central y Unidad de Esterilización de la Seguridad Social de Salud.  
 Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 08-GCPS-ESSALUD-2016 aprobada con  
 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 27-GCPS- ESSALUD-2016.

  
 MEDICINA  
 C.M.P. 56956  
 RNE- 34483  
 EsSalud

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Jr. Domingo Cueto N° 120  
 Jesús María  
 Lima 11 - Perú  
 Tel.: 265-6000 / 265-7000



ANEXO N° 21 C

REGISTRO DE PREPARACIÓN DE MATERIAL Y EQUIPO MÉDICO REUTILIZABLE

**REGISTRO DE PREPARACION DE MATERIAL MEDICO/EQUIPO REUTILIZABLE**

IPRESS: \_\_\_\_\_ MES/AÑO: \_\_\_\_\_

| MATERIAL MEDICO/EQUIPO REUT | UNIDAD DE MEDIDA | DÍAS |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                             |                  | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RIÑONERAS                   | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EQUIPOS DE CURACIÓN         | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GASAS HEMOSTÁTICAS          | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GASAS SPOS                  | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GASA PMC                    | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONECTORES                  | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PROTECTOR DE TRANSDUCTOR    | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CAMPOS                      | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| KIT CIC                     | UNIDAD           |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FIRMA DEL RESPONSABLE       |                  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*[Firma]*  
MEDICO GENERAL  
C.M.P. 22806  
HOSPITAL III - N. de RAJUL

ANEXO N° 22

REPORTE DE SEGUIMIENTO DE SEROCONVERSIÓN Y DE TRANSAMINASAS, SEROLOGÍA,  
FACTORES DE RIESGO PARA SEROCONVERSIONES

SEGUIMIENTO A LAS SEROCONVERSIONES MES DE ...

| N | APELLIDOS Y NOMBRES | MES DE LA SEROCONVERSIÓN | EDAD | REG. ASISTENCIAL | HOSPITALIZACIÓN FRECUENCIA | TRANSFUSIONES | DIALISIS CENTRO REFERENCIA | OTROS FACTORES DE RIESGO | FECHA INGRESO |
|---|---------------------|--------------------------|------|------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------|---------------|
| 1 |                     |                          |      |                  |                            |               |                            |                          |               |
| 2 |                     |                          |      |                  |                            |               |                            |                          |               |
| 3 |                     |                          |      |                  |                            |               |                            |                          |               |
| 4 |                     |                          |      |                  |                            |               |                            |                          |               |
| 5 |                     |                          |      |                  |                            |               |                            |                          |               |
| 6 |                     |                          |      |                  |                            |               |                            |                          |               |

| N | APELLIDOS Y NOMBRES | TRANS GOT | TIEMPO DIALISIS | PCR IN CHAI REACT | FECHA EPIDEMIOLOGICA | CONCLUSIÓN |
|---|---------------------|-----------|-----------------|-------------------|----------------------|------------|
| 1 |                     |           |                 |                   |                      |            |
| 2 |                     |           |                 |                   |                      |            |
| 3 |                     |           |                 |                   |                      |            |

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Director Médico

DIRECTOR MEDICO  
CHIR. GUSGUS  
EsSalud



ANEXO N° 23

REPORTE DESEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD

| I      | Indicadores de calidad de agua y líquido para diálisis  |             |   |      |
|--------|---|-------------|---|------|
| NÚMERO | DEFINICIÓN  | FRECUENCIA  | INDICADOR   | META |
| I.1    | Cultivos de agua tratada con recuento bacteriano  | M           | Número de cultivos de agua tratada con recuento bacteriano < 100 UFC/mL                     | 100% |
|        | ✓Se considera el total de cultivos en el período.   |             |   |      |
| I.2    | Cultivos de líquido de diálisis con recuento bacteriano   | M           | Número de cultivos de líquido de diálisis con recuento bacteriano < 100 UFC/mL.             | 100% |
|        | ✓Se considera el total de cultivos de líquido de diálisis en el período.  |             |   |      |
| I.3    | Determinaciones de endotoxinas en agua tratada  | M           | Número de determinaciones de endotoxinas en agua tratada con resultado < 0.25 EU/mL.        | 100% |
|        | ✓Se considera el total de determinaciones en el período.  |             |   |      |
| I.4    | Determinaciones de endotoxinas en líquido de diálisis   | M           | Número de determinaciones de endotoxinas en líquido de diálisis con resultados < 0.5 EU/mL. | 100% |
|        | ✓Se considera el total de determinaciones en el período.  |             |   |      |
| II     | Indicadores de evaluación de transaminasas, serología, riesgo y casos de seroconversiones en pacientes en hemodiálisis  |             |   |      |
| NÚMERO | DEFINICIÓN  | FRECUENCIA  | INDICADOR   | META |
| II.1   | Seroconversiones a hepatitis B  | M A:        | Tasa de seroconversiones a hepatitis B  | 0%   |
|        | ✓Se consideran los casos de pacientes que positivizan el antígeno de superficie del VHB.                                | tasa anual. |   |      |
| II.2   | Seroconversiones a hepatitis C  | M           | Tasa de seroconversiones a hepatitis C  | 0%   |
|        | ✓Se consideran los casos de pacientes que positivizan el anticuerpo contra el VHC o una prueba de ácido nucleico (PCR). |             |   |      |

|      |   |   |   |                        |
|------|---|---|---|------------------------|
| II.3 | Pacientes que elevan transaminasas (TGO, TGP > 28U/L).              | M | Porcentaje de pacientes de la IPRESS – hemodiálisis tercerizada que elevan transaminasas (TGO, TGP > 28 U/L). | Ninguna estandarizada. |
|      | ✓Se consideran todos los pacientes con resultados de transaminasas. |   |   |                        |

| III  | Indicadores de dosis (Kt/V / TRU) y tiempo de diálisis                                    |            |  |             |
|--|---|------------|--|-------------|
| NÚMERO   | DEFINICIÓN  | FRECUENCIA | INDICADOR  | META        |
| III.1  | Pacientes con adecuación de la diálisis de la IPRESS (Kt/V)                               | M          | Porcentaje de pacientes de la IPRESS con resultado de Kt/V $\geq 1.3$ .                          | $\geq 85\%$ |
|  | ✓Se considera los pacientes que hayan completado un (01) mes de tratamiento en la IPRESS. |            |  |             |
| III.2  | Tiempo de la sesión de hemodiálisis   |            |  |             |
| III.2.1  | $\geq 3.5$ horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis                                | M          | % de pacientes con promedio mensual $\geq 3.5$ horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis.  | $\geq 95\%$ |
| III.2.2  | $\geq 3.75$ horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis                               | M          | % de pacientes con promedio mensual $\geq 3.75$ horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis. | $\geq 55\%$ |
| III.2.3  | $\geq 4$ horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis                                  | M          | % de pacientes con promedio mensual $\geq 4$ horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis     | $\geq 20\%$ |
| ✓Se considera los pacientes que han completado un (1) mes de tratamiento en la IPRESS y todas las sesiones en el mes.  |   |            |  |             |
| ✓El indicador de tiempo de diálisis no está contemplado en los supuestos de penalidades de la Ficha de Homologación, por tal motivo se precisa que las metas proyectadas del indicador del tiempo de diálisis son referenciales. |   |            |  |             |

| IV Indicadores para monitoreo:                                |   |            |  |      |
|---|---|------------|--|------|
| IV.1 Indicadores de monitorización accesos vasculares para HD |   |            |  |      |
| NÚMERO  | DEFINICIÓN  | FRECUENCIA | INDICADOR  | META |
| IV.1.1  | Pacientes de la IPRESS por tipo de acceso vascular para hemodiálisis.   |            |  |      |
| IV.1.1.1  | Pacientes de la IPRESS por tipo de acceso vascular para hemodiálisis  | M          | % de pacientes de la IPRESS por tipo de acceso vascular para hemodiálisis. |      |
|   | • Se considera para el numerador tipo de acceso vascular: CVC Temporal, CVC Tunelizado, Injerto, FAV con el que finalizan el mes. |            |  |      |

|          |  |   |  |                                       |
|----------|--|---|--|---------------------------------------|
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Se considera para el denominador a todos los pacientes total de pacientes atendidos en que finalizan el mes.</li> </ul>   |   |  |                                       |
| IV.1.1.2 | <b>Pacientes con disfunción de acceso vascular definitivo ara hemodiálisis.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se considera para el numerador pacientes con Acceso Vascular disfuncional (Injerto y FAV)</li> <li>Se considera para el denominador el total de pacientes con FAV e Injertos atendidos en el mes</li> </ul>   | M | % de pacientes con disfunción de acceso vascular definitivo para hemodiálisis.                                       |                                       |
| IV.1.1.3 | <b>Pacientes con CVC tunelizado para hemodiálisis disfuncional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se considera para el numerador pacientes con CVC tunelizado disfuncional</li> <li>Se considera para el denominador el total de pacientes con CVC tunelizado atendidos en el mes</li> </ul>   | M | % de pacientes con CVC tunelizado para hemodiálisis disfuncional.  |                                       |
| IV.1.1.4 | <b>Pacientes con disfunción de acceso vascular para hemodiálisis referidos a su Hospital Nacional correspondiente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se considera para el numerador pacientes con accesos vasculares disfuncional (Injerto y FAV). Referidos al Hospital Nacional</li> <li>Se considera para el denominador el total de pacientes con accesos vasculares disfuncional en el mes</li> </ul> | M | % de pacientes con disfunción de acceso vascular para hemodiálisis referidos a su Hospital Nacional correspondiente. |                                       |
| IV.1.1.5 | <b>Bacteriemia (aplicación Excel) asociada al uso de CVC tunelizado para hemodiálisis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se considera para la construcción del indicador a los pacientes – día de cada paciente atendido en la IPRESS que tenga un catéter venoso central permanente.</li> </ul>   | M | Tasa de Bacteriemia (aplicación Excel) asociada al uso de CVC tunelizado para hemodiálisis                           | <1 episodio por 1000 pacientes – día  |
| IV.1.1.6 | <b>Infección de Orificio de Salida (IOS)</b> <p>Días Exposición: Días con Catéter Venoso Central en el año.<br/>Episodios de Infección OS: Numero de episodios reportados en el mes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Numerador: Episodios de Infección OS</li> <li>Denominador: Días de exposición</li> </ul>  | M | Tasa de Infección de Orificio de Salida (OS) (Episodios en un paciente año Estándar)                                 | Para monitoreo de tendencia en el año |



012 UUZ1

## ANEXO N° 24

CONSOLIDADO DE REPORTE DE EPISODIOS DE BRC ASOCIADO A CVCLP

**EPIODIOS DE BRC A REPORTAR:**

### 1 BACTEREMIA CONFIRMADA

2 BACTEREMIA PROBABLE

[illegible]

*[Handwritten signature]*

  
**Dr. P. Celso**  
 MÉDICO NEFRÓLOGO  
 CIMP 56356 HSE 34403  




## ANEXO N° 25

INFORME DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN  
CONTINUA DE PERSONAL Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y  
FAMILIARES

| EJECUCIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN CONTINUA DE PERSONAL Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIARES |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
|---|-------------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------|--------------|-----|-----|-----|--------------------|----------------------------------|---------------------|--------------------|
| IPRESS DE HEMODIÁLISIS:<br>MES: AÑO:  |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
| N°  | Tema Capacitación | PACIENTES   |             |             |                    | PERSONAL                          |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
|   |                   | D<br>I<br>A | M<br>E<br>S | A<br>Ñ<br>O | Tiempo de duración | N° del total posible de atendidos | N° de participantes | % de participación | Capacitación | Día | MES | AÑO | Tiempo de duración | N° del total Personal programado | N° de participantes | % de participación |
| 1   |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
| 2   |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
| 3   |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
| 4   |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
| 5   |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
| 6   |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
| 7   |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
| 8   |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
| 9   |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |
| 10  |                   |             |             |             |                    |                                   |                     |                    |              |     |     |     |                    |                                  |                     |                    |

Nota: Adjuntar la siguiente evidencia (Informe de Jefatura de Enfermería)

- Parte de asistencia señalando el grupo ocupacional (en el caso del personal) y diferenciar a pacientes de familiares
- Presentar impresión de las diapositivas y/o materiales utilizados.



0019  
010

**ANEXO N° 26**

## INFORME MENSUAL DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL

## INFORME MENSUAL DE NUTRICIÓN

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| SENTERO, CONTRALADO |                  |
| ENTRADA EN CARGO    |                  |
| DES                 | FECHA DE REPORTE |

[illegible]

NOTA: En la celda de paciente describir si es paciente caso problema (CP), paciente nuevo (N), paciente continuador (C)

| USO DE NUTRICIONAL      | Nº PAC. | % |
|-------------------------|---------|---|
| DIAGNOSTICO NUTRICIONAL |         |   |
| DESNUCID                |         |   |
| CONSERVADO              |         |   |
| NORMAL                  |         |   |
| DESNUCID CON LENE       |         |   |
| DESNUCID CON MODERADA   |         |   |
| DESNUCID CON LENTIA     |         |   |
| TOTAL                   |         |   |

## COMENTARIO

---

---

---

---

**Abstract**

Firma y sello Nutricionista  
CNP N° .....



0018

009

**ANEXO N° 27**  
**REPORTE CONSOLIDADO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

[illegible]



0017

## ANEXO N° 28

## REPORTE CONSOLIDADO DE LA ATENCIÓN SOCIAL

REPORTE MENSUAL: CONSOLIDADO DE ATENCION SOCIAL

FECHA: \_\_\_\_\_

TRABAJADOR SOCIAL : \_\_\_\_\_

[illegible]

## CUADRO RESUMEN

| CONSIDERADO                                   | Nº | % |
|---|----|---|
| AC. SOCIALMENTE ESTABLES                      |    |   |
| AC. CON PROB DEL SOPORTE FAMILIAR             |    |   |
| AC. CON PROB LABORALES                        |    |   |
| AC. CON PROB. ECONOMICOS QUE AFECTAN TTD      |    |   |
| AC. CON PROB DE VIUENHA                       |    |   |
| AC. CON PROB DE ESTILOS DE VIDA INADECUADOS   |    |   |
| AC. CON DISCAPACIDAD QUE REQUIERE SOPORTE     |    |   |
| AC. CON PROB. DE SALUD QUE COMPLICAS SU TRAT. |    |   |
| AC. CON PROBLEMAS INSTITUCIONALES             |    |   |
| <b>Nº TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS</b>        |    |   |

| PAC. POR EDAD          | N° | % |
|------------------------|----|---|
| Adolescente 14-17 años |    |   |
| Joven 18-29 años       |    |   |
| Adulto 30-59 años      |    |   |
| Adulto mayor 60 a más  |    |   |
| TOTAL DE PACIENTES     |    |   |

| NIVEL EDUCATIVO    | Nº | % |
|--------------------|----|---|
| INSTRUCCIÓN        |    |   |
| PRIMARIA           |    |   |
| SECUNDARIA         |    |   |
| TECNICO            |    |   |
| UNIVERSITARIO      |    |   |
| TOTAL DE PACIENTES |    |   |

| Nº |  |
|----|--|
|    | I <sup>2</sup> de participantes en el CAM  |
|    | I <sup>1</sup> de participantes en el CERP |
|    | IAC. INSCRITOS AL CONADIS                  |
|    | Nº DE PARTICIPANTES                        |

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIO:

| PAC POR SEXO | N° | % |
|--------------|----|---|
| MASCULINO    |    |   |
| FEMENINO     |    |   |
| TOTAL        |    |   |

**N° TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS**

FIRMA Y SELLO DE TRABAJADOR SOCIAL

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Jr. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-6000 / 265-7000



**BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024**





0016  
007

## ANEXO N° 29

## PLANILLAS DE PRODUCCIÓN DE HEMODIÁLISIS

**IPRESS**

PLANILLA DE PRODUCCIÓN MES AÑO

**SECUENCIA:**

[illegible][illegible][illegible]

| TOTAL ESENERICHNIH MATERIJALIH SUBURO |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| V                                     | S | L | M | J | V | S | L | M  | J  | V  | S  | L  | M  | J  | V  | S  | L  | M  | J  | V  | S  | L  | M  | J  | TOTAL |
| 1                                     | 2 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30    |
|                                       |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |       |

[illegible]

| RECUBRIM. EN EL MES DE | SE REALIZADON | TRATAMIENTOS A | PACIENTES |
|------------------------|---------------|----------------|-----------|
|------------------------|---------------|----------------|-----------|

**Naira del R. Celd. en Sordanas**  
MEDICO NUTRICOLOGO  
CIMP: 56956 RNE: 34463

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Jr. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-6000 / 265-7000



BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024

ANEXO N° 30 A

FORMATO DE PROGRAMACIÓN DE PERSONAL

IPRESS

PROGRAMACION DE PERSONAL MES - AÑO

| Cía                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |   |   |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| Fecha                    | L | M | M | J | V | S | L | M | M | J  | V  | S  | L  | M  | M  | J  | V  | S  | L  | M  | M  | J  | V  | S  | L  | M  | M  | J  | V  | S  | L  | M | M |
| DIRECTOR MEDICO          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| MEDICOS                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| DEFATURA                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| COORDINADORA             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| ENFERMEROS               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| TECNICO DE ENFERMERIA    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| TECNICO DE CEBADO        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| TECNICO DE MANTENIMIENTO |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| PSICOLOGO                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| NUTRICIONISTA            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| ASISTENTE SOCIAL         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| ADMINISTRACION           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| SECRETARIA               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |
| COPIEZA                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |

|                                    |                          |  |                        |
|------------------------------------|--------------------------|--|------------------------|
|                                    | <b>MAÑANA</b>            |  | <b>TARDE</b>           |
|                                    | DE _____ HASTA LAS _____ |  |                        |
| Horario de atención de la IPRESS   |                          |  |                        |
| Turno Asistencia                   | _____ a _____            |  | _____ a _____          |
| Turno Técnico de Mantenimiento     | _____ a _____            |  | _____ a _____          |
| Turno personal de Limpieza         | _____ a _____            |  | _____ a _____          |
| Turno Director Médico              | _____ a _____            |  | _____ a _____          |
| Turno Jefe de enfermería           | _____ a _____            |  | _____ a _____          |
| Turno Jefe de adm.                 | _____ a _____            |  | _____ a _____          |
| Turno Psicólogo                    | _____ a _____            |  | _____ a _____          |
| Turno Nutricionista                | _____ a _____            |  | _____ a _____          |
| Turno Asistente Social             | _____ a _____            |  | _____ a _____          |
| Turno Administrativo               | _____ a _____            |  | _____ a _____          |
| HORARIO POR TURNO DE TRATAMIENTO   | I TURNO _____ a _____    |  | II TURNO _____ a _____ |
| HORARIO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN | I TURNO _____ a _____    |  | II TURNO _____ a _____ |
| HORARIO DE ACONDICIONAMIENTO       | I TURNO _____ a _____    |  | II TURNO _____ a _____ |
| Horario de Refrigerio              | Desayuno: _____          |  | Almuerzo: _____        |
| Reunión Multidisciplinaria         | _____                    |  |                        |

Se presentará dentro de los cinco (05) días últimos del mes precedente. Esta programación estará publicada en la IPRESS en un lugar visible para los pacientes y será de cumplimiento obligatorio.

0014  
005



ANEXO N° 30 B

FORMATO DE STAFF DEL PERSONAL

IPRESS

STAFF DEL PERSONAL - MES AÑO

| Perfil profesional     | Nombres y apellidos | Fecha de expedición del Título de Médico Cirujano | Fecha de expedición de colegiatura o Fecha de Constancia de haber controlado el resguardo en Neftrología (en vigencia no mayor de un año) | Fecha de expedición del Título habilitado de licenciado en Enfermería | Fecha de expedición del Título de especialista en Enfermería Neftrológica o Constancia de agremiación de la especialidad Neftrológica | Fecha de expedición de colegiatura (si licenciado (a) en Enfermería) | Número de colegiatura | Número de Registro Nacional de especialidad en Neftrología | Fecha de Vigencia de habilitación | Tiempo de experiencia laboral en distrito | Fecha de emisión de marcadores de Laboratorio |
|------------------------|---------------------|---|---|---|---|--|-----------------------|--|-----------------------------------|---|---|
| Director Médico        |                     |   |   |   |   |  |                       |  |                                   |   |   |
| Drs. Asesores          |                     |   |   |   |   |  |                       |  |                                   |   |   |
| Jefe (a) de enfermería |                     |   |   |   |   |  |                       |  |                                   |   |   |
| Coordinación           |                     |   |   |   |   |  |                       |  |                                   |   |   |
| Enfermería Asistencial |                     |   |   |   |   |  |                       |  |                                   |   |   |

| Perfil Profesional                            | Nombres y apellidos | Fecha de expedición del Título o diploma a nombre de la nación | Tiempo de experiencia laboral en distrito | Fecha de emisión de marcadores de Laboratorio |
|---|---------------------|--|---|---|
| Técnico (a) de enfermería                     |                     |  |   |   |
| Técnico (a) de enfermería para sala de cubado |                     |  |   |   |
| Técnico de mantenimiento de                   |                     |  |   |   |

| Perfil Profesional     | Nombres y apellidos | Fecha de expedición del Título o diploma a nombre de la nación | Número de colegiatura | Fecha de expedición de colegiatura | Fecha de Vigencia de habilitación | Tiempo de experiencia laboral en distrito | Fecha de emisión de marcadores de Laboratorio |
|------------------------|---------------------|--|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Psicólogo              |                     |  |                       |                                    |                                   |   |   |
| Licenciado en servicio |                     |  |                       |                                    |                                   |   |   |
| Trabajador Social      |                     |  |                       |                                    |                                   |   |   |

| PERFIL PROFESIONAL | NOMBRES Y APELLIDOS | Fecha de emisión de marcadores de laboratorio | Vigencia anual completa (republica 3 años) | Capacitación en bioseguridad | Certificado de estudios escolares |
|--------------------|---------------------|---|--|------------------------------|-----------------------------------|
| Personas de apoyo  |                     |   |  |                              |                                   |
| Administración     |                     |   |  |                              |                                   |
| Secretaría         |                     |   |  |                              |                                   |

\*Se presentará dentro de los cinco (05) últimos días del mes precedente. Esta programación estará publicada en la IPRESS en un lugar visible para los pacientes y será de cumplimiento obligatorio.

MEDICO NEFTROLOGO  
CNP: 60660 RNE: 34938  
www.essalud.gob.pe

Jr. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-6000 / 265-7000

Siempre  
con el pueblo

BICENTENARIO  
DEL PERÚ  
2021 - 2024



0013  
004

ANEXO N° 31

PROGRAMACIÓN DE EXAMENES DE LABORATORIO

| Análisis  | Básico |              | Mensual | Bimestral | Trimestral | Semestral | Anual |
|---|--------|--------------|---------|-----------|------------|-----------|-------|
|   | Nuevos | Transferidos |         |           |            |           |       |
| Hemograma, Hemoglobina, Hematocrito                     | X      |              | X       |           |            |           |       |
| Proteína Creativa                                       | X      |              |         |           | X          |           |       |
| Hierro  | X      |              |         |           | X          |           |       |
| Transferrina  | X      |              |         |           | X          |           |       |
| Ferritina   | X      |              |         |           | X          |           |       |
| Vitamina B12  | X      |              |         |           |            |           | X     |
| Ácido Fólico  | X      |              |         |           |            |           | X     |
| Calcio total sérico                                     | X      |              |         | X         |            |           |       |
| - Predialisis   |        |              |         |           |            |           |       |
| - Postdialisis  |        |              |         |           |            |           |       |
| Fósforo   | X      |              |         | X         |            |           |       |
| - Predialisis   |        |              |         |           |            |           |       |
| - Postdialisis  |        |              |         |           |            |           |       |
| Fosfatasa Alcalina                                      | X      |              |         |           | X          |           |       |
| Parathormona Intacta (PTH)                              | X      |              |         |           | X          |           |       |
| - Pacientes sin tratamiento                             |        |              | X       |           |            |           |       |
| - Pacientes en tratamiento inicial                      |        |              |         |           | X          |           |       |
| - Pacientes en tratamiento de mantenimiento             |        |              |         |           |            |           | X     |
| Ácido Úrico sérico                                      | X      |              |         |           |            |           |       |
| Urea sérica   |        |              | X       |           |            |           |       |
| Urea pre diálisis                                       | X      |              | X       |           |            |           |       |
| Urea pos diálisis                                       |        |              | X       |           |            |           |       |
| Creatinina sérica                                       |        |              |         |           | X          |           |       |
| Creatinina pre diálisis                                 | X      |              |         |           | X          |           |       |
| Creatinina pos diálisis                                 |        |              |         |           | X          |           |       |
| Proteínas Totales                                       | X      |              |         | X         |            |           |       |
| Albumina sérica   | X      |              |         | X         |            |           |       |
| Coeficiente total                                       | X      |              |         |           |            | X         |       |
| Coeficiente HDL   | X      |              |         |           |            | X         |       |
| Coeficiente LDL   | X      |              |         |           |            | X         |       |
| Triglicéridos   | X      |              |         |           |            | X         |       |
| Transaminasa Glutámico Píruvico (TGP)                   | X      | X            | X       |           |            |           |       |
| Transaminasa Glutámico Oxalacético (TGO)                | X      | X            | X       |           |            |           |       |
| Antígeno de Superficie Hepatitis B                      | X      | X            |         |           |            |           | X     |
| - Pacientes con Hepatitis B positivo                    |        |              |         | X         |            |           |       |
| - Pacientes con Hepatitis B negativo no protegido       |        |              |         |           |            |           | X     |
| - Pacientes con Hepatitis B negativo protegido          |        |              |         |           |            |           |       |
| Anticuerpo Total contra el Antígeno Core Hepatitis B    | X      | X            |         | X         |            |           |       |
| - Pacientes Ac HBe total negativo                       |        |              |         |           |            |           | X     |
| - Pacientes Ac HBe total positivo                       |        |              |         |           |            |           |       |
| Anticuerpo contra el Antígeno de Superficie Hepatitis B | X      | X            |         | X         |            |           |       |
| - Pacientes Hepatitis B negativo no protegido           |        |              |         |           |            | X         |       |
| - Pacientes Hepatitis B negativo protegido              |        |              |         |           |            |           |       |
| Anticuerpo IgM contra el Antígeno Core Hepatitis B      |        |              |         |           |            |           |       |
| Antígeno Epsilon Hepatitis B                            |        |              |         |           |            |           |       |
| Anticuerpo contra el Antígeno Epsilon Hepatitis B       |        |              |         |           |            |           |       |
| Anticuerpo Hepatitis C                                  | X      | X            |         | X         |            |           |       |
| - Pacientes Hepatitis C negativo                        |        |              |         |           |            |           | X     |
| - Pacientes Hepatitis C positivo                        |        |              |         |           |            |           |       |
| Panel Hepatitis B                                       |        |              |         | X         |            |           |       |
| - Pacientes Hepatitis B positivos nuevos                |        |              |         |           |            | X         |       |
| - Pacientes Hepatitis B positivos seguimiento           |        |              |         |           |            |           |       |
| PCR del VHC   |        |              |         |           |            |           |       |
| Pacientes Ac VHC positivos                              | X      |              |         |           |            |           |       |
| VDRL / RPR  | X      | X            |         |           |            |           | X     |
| Anticuerpo VIH 1-2                                      | X      | X            |         |           |            |           |       |
| Control microbiológico y endotoxinas                    |        |              |         |           |            |           |       |
| - Agua Tratada a la salida de la camilla                |        |              | X       |           |            |           |       |
| - Al final del anillo de distribución                   |        |              | X       |           |            |           |       |
| - Toma de Agua de la máquina de hemodíalisis            |        |              | X       |           |            |           |       |
| Desaje de Aluminio en agua de diálisis                  |        |              |         |           |            |           | X     |



0012 003



## ANEXO N° 32

### NORMATIVAS Y DOCUMENTOS CONSIDERADOS POR ESSALUD

#### Requisitos según leyes, reglamentos técnicos y normas metrológica y/o sanitarias, reglamentos y demás normas

- Ley N° 26842, Ley General de la Salud modificado por la Ley N° 27604.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud- EsSalud y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificado con Decreto Supremo N° 002-2004-TR y 025-2007-TR.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública, modificado por la Ley N° 27927 y La Ley 30934.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, publicado el 08/04/2009.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Ley N° 28015 "Ley de Promoción y Formalización de la Micro y Pequeña Empresa".
- Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, modificado por Decreto Legislativo N° 1341 y Decreto Legislativo N° 1444 y la Ley N° 31433.
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo modificado por la Ley N° 31246, la Ley N° 30222.
- Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Decreto Supremo N° 082-2019-EF se aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 003-2013-JUS que aprueba el Reglamento de la Ley de Datos Personales.
- Decreto Supremo N° 344-2018-EF que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, modificado por Decreto Supremo N° 377-2019-EF, el Decreto Supremo N° 168-2020-EF, el Decreto Supremo N° 162-2021-EF.
- Decreto Supremo N° 038-2021-PCM que aprueba el Plan Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres al 2050.
- Decreto Supremo N° 005-2012-TR que aprueba el Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, modificado por el Decreto Supremo N° 006-2014-TR y Decreto Supremo N° 016-2016-TR.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios modificada por los Decretos Supremos N° 001-2012-SA, 016-2013-SA, 029-2015-SA, 011-2016-SA y N° 016-2017-SA. Decreto Supremo N° 014-2011-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Establecimientos farmacéuticos modificado por el Decreto Supremo N° 004-2021-SA.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA, de fecha 05 de noviembre de 2014, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Salud- SUSALUD modificado por el Decreto Supremo N° 028-2019-SA.
- Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Resolución Ministerial N° 132-2015/MINSA Manual de Buenas Prácticas de almacenamiento de productos Farmacéuticos, dispositivos médicos de y Productos Sanitarios en Laboratorios, Droguerías, almacenes especializados y almacenes aduaneros.
- Resolución Ministerial N° 533-2016-MINSA que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los Establecimientos de Salud".
- Boletín Tecnológico N° 04-2019 Vida Útil de los Equipos Médicos (Consideraciones Tecnológicas y Otros).
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA-2018/DEGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y su modificatoria aprobada con R.M. N° 265- 2018 / MINSA.
- Resolución Ministerial N° 083-2019-VIVIENDA, que modifica la Norma Técnica EM.010 "Instalaciones eléctricas

www.essalud.gob.pe

Jr. Domingo Cueto N° 120  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-6000 / 265-7000



0011 002



interiores" del numeral III.4 Instalaciones eléctricas y mecánicas, del Título III Edificaciones del Reglamento Nacional de Edificaciones - RNE, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2006-VIVIENDA, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial:

- Resolución de Gerencia General N° 983-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 007-GG-ESSALUD-2013 "Prácticas Seguras y Gestión para la Administración Correcta de Medicamentos"
- Resolución N° 35-CNSR-ESSALUD-2020 del 06 de mayo de 2020, que aprobó el Manual de Procedimientos para la atención de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 en hemodiálisis.
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 47-GCPS- EsSalud-2021 que aprueba el Manual de Procedimiento Asistenciales de Trabajo Social en el Seguro Social de Salud – EsSalud.
- Resolución de Gerencia General N° 04-GG-ESSALUD-2020 que aprueba la Directiva N° 01-CNSR-ESSALUD-2020 V.01, Vigilancia de la Enfermedad Renal Crónica en Estadio 5 en Terapia de Diálisis a Través del Registro Nacional de Diálisis de ESSALUD.
- Resolución de Gerencia Central de Proyectos de Inversión N° 02-GCPI- ESSALUD-2018, que aprueba el "Procedimiento para la formulación, aprobación del Plan Anual de Mantenimiento Hospitalario".
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 106-GCPS- ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva N° 07-GCPS-ESSALUD-2017 "Dotación, Utilización, Reposición y Control del Coche de Paro en ESSALUD"
- Para el líquido de hemodiálisis: Quality of dialysis fluid for haemodialysis and related therapies. ANSI/AAMI/ISO 11663:2019.
- Para el agua tratada para hemodiálisis: Water of haemodialysis and related therapies. ANSI/AAMI/ISO 13959:2019.
- Para concentrados de hemodiálisis: Concentrates for haemodialysis and related therapies. ANSI/AAMI/ISO 13958:2019.
- Para las guías de preparación y de la calidad de los líquidos para hemodiálisis: Guidance for the preparation and quality management of fluids for haemodialysis and related therapies. ANSI/AAMI/ISO 23500:2019.
- Para los equipos de tratamiento de agua para hemodiálisis: Water treatment equipment for haemodialysis and related therapies. ANSI/AAMI/ISO 26722:2019.
- Para la Preparación y gestión de la calidad de los líquidos para hemodiálisis y terapias Part 5: Quality of dialysis fluid for haemodialysis and related therapies ANSI/AAMI/ISO 23500-5: 2019.
- Complete Dialysis Collection 2020 Edition
- ANSI/AAMI/ISO 23500-1:2019, formerly ANSI/AAMI 23500:2014
- ANSI/AAMI/ISO 23500-2:2019, formerly ANSI/AAMI 26722:2014
- ANSI/AAMI/ISO 23500-3:2019, formerly ANSI/AAMI 13959:2014
- ANSI/AAMI/ISO 23500-4:2019, formerly ANSI/AAMI 13958:2014
- ANSI/AAMI/ISO 23500-5:2019, formerly ANSI/AAMI 11663:2014 ANSI/AAMI/ISO 8637-1:2017, formerly ANSI/AAMI/ISO 8637:2010 and ISO 8637:2010/AMD-2013
- ANSI/AAMI/ISO 8637-2:2018, formerly ANSI/AAMI/ISO 8638:2010 ANSI/AAMI/IEC 8637-3:2018, formerly ISO 13960:2010
- ANSI/AAMI/IEC 60601-2-16:2018, formerly ANSI/AAMI/IEC 60601-2-16:2012 ANSI/AAMI/IEC 60601-2-39:2018, formerly IEC 60601-2-39:2007
- AAMI TIR72:2017 AAMI TIR58:2014 AAMI TIR43:2011 AAMI TIR77:2018
- ANSI/AAMI RD47:2020, formerly ANSI/AAMI RD47:2008(R)2013
- Date of publication: september 2020 Pages:591
- ISBN: 978-1-57020-772-3

#### Técnico – Operativos

- Resolución de Gerencia General N° 272-GG-ESSALUD-2013 que aprueba el Manual de Bioseguridad en Unidades de Hemodiálisis – EsSalud.
- Resolución de Gerencia General N° 1127-GG-ESSALUD-2019 que aprueba la Directiva N° 19-GCPS-ESSALUD-2019 "Normas de Bioseguridad del Seguro Social de Salud-ESSALUD".
- Resolución de Gerencia General N° 1212-GG-ESSALUD-2022, que aprueba la Directiva N° 007-OGCYH-ESSALUD-2022 "Prácticas Seguras para la correcta higiene de manos en el Seguro Social de Salud - ESSALUD".
- Resolución de Gerencia General N° 1790-GG-ESSALUD-2021, que modifica la sección "Índice", el artículo 3 y la sección "Disposición Complementaria Final" de la Directiva de Gerencia General N° 2-GCPS-ESSALUD-2020, "Norma de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en el Seguro Social de Salud -ESSALUD", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 27-GG-ESSALUD-2020, INCLUYE el Anexo 1 "Clasificación de los residuos sólidos durante el proceso de vacunación por la COVID-19", en la Directiva de Gerencia General N° 2-GCPS-ESSALUD-2020, "Norma de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en el Seguro Social de Salud - ESSALUD".

  
 Maira R. Córdova  
 Membro del Comité de Asesoría  
 CMP E9356 RNE 34483  


www.essalud.gob.pe

Jr. Domingo Cueto N° 120  
 Jesús María  
 Lima 11 - Perú  
 Tel.: 265-6000 / 265-7000





0000



- Resolución de Gerencia General N° 983 GG-ESSALUD-2013, del 19 de julio del 2013, que aprueba la Directiva N° 007-GG-ESSALUD-2013 "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la administración Correcta de medicamentos"
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 47-GCPS-ESSALUD-2021 (Procedimientos y herramientas de trabajo social).
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 034-GCPS-ESSALUD-2018 (Guía de intervención de caso social)
- Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 89-IETSI-ESSALUD-2017 que aprueba la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de Anemia en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica.
- Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 85-IETSI-ESSALUD-2017 que aprueba la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de los Trastornos Minerales Óseos en Enfermedad Renal Crónica.
- Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 83-IETSI-ESSALUD-2017 que aprueba la Guía de Práctica Clínica para la Adecuación de Hemodiálisis.
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Desgaste Proteico - Energético en Pacientes de Diálisis del Centro Nacional de Salud Renal, EsSalud, aprobada mediante Resolución de Gerencia del Centro Nacional de Salud Renal N° 83-CNSR-ESSALUD-2013 y su modificatoria, aprobada con Resolución de Gerencia del Centro Nacional de Salud Renal N° 13-CNSR-ESSALUD-2015.
- Resolución de Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación N° 116-IETSI-ESSALUD-2020 que aprueba la Guía de Práctica Clínica para la "Prevención, Diagnóstico y Manejo de Infecciones Asociadas al Acceso de Hemodiálisis".
- Resolución de Gerencia General N° 1050-GG-ESSALUD-2018 que aprueba la Norma Técnica para la "Limpieza y Desinfección en las IPRESS del Seguro Social de Salud – ESSALUD".
- Resolución de Gerencia del Centro Nacional de Salud Renal N° 101-CNSR- ESSALUD-2016 que aprueba el Manual del Subsistema de Vigilancia y Seguimiento del Acceso Vascular para Hemodiálisis del Centro Nacional de Salud Renal.
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 02-GCPS- ESSALUD-2020 que aprueba la Guía de Atención Nutricional para el paciente con Enfermedad Renal Crónica.
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 17-GCPS- ESSALUD-2022 que aprueba el Documento Técnico Orientador "Guía de Intervención de Trabajo Social en Redes Socio Familiar y Comunitario en el Seguro Social de Salud EsSalud-2022".
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 27-GCPS- ESSALUD-2016 que aprueba Directiva de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 08-GCPS-ESSALUD-2016 "Normas y Procedimientos de la Central y Unidad de Esterilización de la Seguridad Social de Salud. aprobada con.
- Resolución de Gerencia General N° 181 -GG-ESSALUD-2016 que aprueba la Directiva N° 04-GG-ESSALUD-2016 "Procedimiento para la Verificación de la Identidad de las Personas que Requieren Prestaciones de Salud en EsSalud".
- Resolución N° D000099-GSR-CNSR-ESSALUD-2022 del 04 de noviembre de 2022, que aprueba el "Manual de Procedimientos de Enfermería para la Atención de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis".

En caso de modificatoria de los documentos y normativas señaladas en el citado anexo y adicionales señaladas, EsSalud comunicará y otorgará a la IPRESS contratada un plazo máximo de treinta (30) días calendario, para su adecuación y aplicación, de ser el caso.

  
Néstor R. Calderín Chirinos  
Médico Gerente General  
CNP 65966

### Importante

*Para determinar que los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, incorpora los requisitos de calificación previstos por el área usuaria en el requerimiento, no pudiendo incluirse requisitos adicionales, ni distintos a los siguientes:*

### 3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

|          |   |
|----------|---|
| <b>A</b> | <b>CAPACIDAD LEGAL</b>  |
|          | <b>HABILITACIÓN</b><br><u>Requisitos:</u><br>El postor debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo.</li> <li>• Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD.</li> </ul> <u>Acreditación:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes.</li> <li>• Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.</li> </ul> |

|            |  |
|------------|--|
| <b>B</b>   | <b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b>   |
| <b>B.1</b> | <b>EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b>  |
|            | <u>Requisitos:</u><br>El postor debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cantidad de máquinas de hemodiálisis:</b> La Entidad Contratante debe indicar en la elaboración de su requerimiento el número de máquinas de hemodiálisis necesarias de acuerdo a su necesidad, de ser el caso indicando la cantidad por ítem, considerando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- cinco (05) máquinas de hemodiálisis como máximo por módulo,</li> <li>- una (01) máquina de emergencia por cada 1 o 2 módulos,</li> <li>- una (01) máquina de soporte técnico (de repuesto en caso de fallas técnicas ubicado en el cuarto de máquinas) por cada 1 o 2 módulos,</li> <li>- una (01) máquina de cebado y</li> <li>- una (01) máquina de hemodiálisis como mínimo en el local aislado.</li> <li>- 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.</li> </ul> </li> <li>• <b>Equipos mínimos del sistema de tratamiento de agua:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Filtro de sedimentos o multimedia o partículas</li> </ul> </li> </ul> |



- ✓ Dos (02) ablandadores o descalcificadores (expresado como dos, doble o twin), con tanque de salmuera
- ✓ Filtro de carbón activado
- ✓ Equipo, sistema o membranas de osmosis inversa, de paso simple o doble paso
- ✓ Filtro de hasta cinco (5) 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.

**Importante**

- Si como resultado de una consulta u observación corresponde precisarse o ajustarse el requerimiento, se solicita la autorización del área usuaria y se pone de conocimiento de tal hecho a la dependencia que aprobó el expediente de contratación, de conformidad con el numeral 72.3 del artículo 72 del Reglamento.
- El cumplimiento de los Términos de Referencia se realiza mediante la presentación de una declaración jurada. De ser el caso, adicionalmente la Entidad puede solicitar documentación que acredite el cumplimiento del algún componente de estos. Para dicho efecto, consignará de manera detallada los documentos que deben presentar los postores en el literal e) del numeral 2.2.1.1 de esta sección de las bases.
- Los requisitos de calificación determinan si los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, lo que debe ser acreditado documentalmente, y no mediante declaración jurada.

#### CAPÍTULO IV FACTORES DE EVALUACIÓN

La evaluación se realiza sobre la base de cien (100) puntos.

Para determinar la oferta con el mejor puntaje y el orden de prelación de las ofertas, se considera lo siguiente:

| FACTOR DE EVALUACIÓN   | PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN   |
|--|--|
| <b>A. PRECIO</b>   |  |
| <u>Evaluación:</u><br><br>Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.<br><br><u>Acreditación:</u><br><br>Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta ( <b>Anexo N° 6</b> ). | <p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p> <i>i</i>= Oferta<br/> <b>P<sub>i</sub></b>= Puntaje de la oferta a evaluar<br/> <b>O<sub>i</sub></b>=Precio <i>i</i><br/> <b>O<sub>m</sub></b>= Precio de la oferta más baja<br/> <b>PMP</b>=Puntaje máximo del precio </p> <p style="text-align: right;"><b>100 puntos</b></p> |

#### Importante

*Los factores de evaluación elaborados por el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, son objetivos y guardan vinculación, razonabilidad y proporcionalidad con el objeto de la contratación. Asimismo, estos no pueden calificar con puntaje el cumplimiento de los Términos de Referencia ni los requisitos de calificación.*

## CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

### Importante

*Dependiendo del objeto del contrato, de resultar indispensable, puede incluirse cláusulas adicionales o la adecuación de las propuestas en el presente documento, las que en ningún caso pueden contemplar disposiciones contrarias a la normativa vigente ni a lo señalado en este capítulo.*

Conste por el presente documento, la contratación del servicio de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], que celebra de una parte [CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD], en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], representada por [.....], identificado con DNI N° [.....], y de otra parte [.....], con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], inscrita en la Ficha N° [.....] Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], debidamente representado por su Representante Legal, [.....], con DNI N° [.....], según poder inscrito en la Ficha N° [.....], Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], a quien en adelante se le denominará EL CONTRATISTA en los términos y condiciones siguientes:

### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

Con fecha [.....], el órgano encargado de las contrataciones o el comité de selección, según corresponda, adjudicó la buena pro de la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN]** para la contratación de [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA CONVOCATORIA], a [INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO], cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

El presente contrato tiene por objeto [CONSIGNAR EL OBJETO DE LA CONTRATACIÓN].

### **CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL**

El monto total del presente contrato asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

Este monto comprende el costo del servicio, todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre la ejecución del servicio materia del presente contrato.

### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>10</sup>**

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en [INDICAR MONEDA], en [INDICAR SI SE TRATA DE PAGO ÚNICO, PAGOS PARCIALES O PAGOS PERIÓDICOS], luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los siete (7) días de producida la recepción, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad de dicho funcionario.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el

<sup>10</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

#### **CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ÚLTIMO CASO].

#### **Importante para la Entidad**

*De preverse en los Términos de Referencia la ejecución de actividades de instalación, implementación u otros que deban realizarse de manera previa al inicio del plazo de ejecución, se debe consignar lo siguiente:*

*“El plazo para la [CONSIGNAR LAS ACTIVIDADES PREVIAS PREVISTAS EN LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA] es de [.....], el mismo que se computa desde [INDICAR CONDICIÓN CON LA QUE DICHAS ACTIVIDADES SE INICIAN].”*

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.*

#### **Importante para la Entidad**

*En el caso de contratación de prestaciones accesorias, se puede incluir la siguiente cláusula:*

#### **CLÁUSULA ....: PRESTACIONES ACCESORIAS<sup>11</sup>**

*“Las prestaciones accesorias tienen por objeto [CONSIGNAR EL OBJETO DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS].*

*El monto de las prestaciones accesorias asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.*

*El plazo de ejecución de las prestaciones accesorias es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL CUMPLIMIENTO DE LAS PRESTACIONES PRINCIPALES, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ÚLTIMO CASO].*

*[DE SER EL CASO, INCLUIR OTROS ASPECTOS RELACIONADOS A LA EJECUCIÓN DE LAS PRESTACIONES ACCESORIAS].”*

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda*

#### **CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO**

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS**

EL CONTRATISTA entregó al perfeccionamiento del contrato la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

<sup>11</sup> De conformidad con la Directiva sobre prestaciones accesorias, los contratos relativos al cumplimiento de la(s) prestación(es) principal(es) y de la(s) prestación(es) accesorias, pueden estar contenidos en uno o dos documentos. En el supuesto que ambas prestaciones estén contenidas en un mismo documento, estas deben estar claramente diferenciadas, debiendo indicarse entre otros aspectos, el precio y plazo de cada prestación.



- De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]. Monto que es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación.

#### Importante

*Al amparo de lo dispuesto en el numeral 149.4 del artículo 149 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en el caso de contratos periódicos de prestación de servicios en general, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original como garantía de fiel cumplimiento de contrato, debe consignarse lo siguiente:*

*“De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo.”*

En el caso que corresponda, consignar lo siguiente:

- Garantía fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE], la misma que debe mantenerse vigente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

#### Importante

*Al amparo de lo dispuesto en el numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesoría como garantía de fiel cumplimiento de prestaciones accesorias, debe consignarse lo siguiente:*

*“De fiel cumplimiento por prestaciones accesorias: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo.”*

#### Importante

*De conformidad con el artículo 152 del Reglamento, no se constituirá garantía de fiel cumplimiento del contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, en contratos cuyos montos sean iguales o menores a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00). Dicha excepción también aplica a los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados no supere el monto señalado anteriormente.*

#### **CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN**

LA ENTIDAD puede solicitar la ejecución de las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto en el literal a) del numeral 155.1 del artículo 155 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### Importante para la Entidad

*Sólo en el caso que la Entidad hubiese previsto otorgar adelanto, se debe incluir la siguiente cláusula:*

#### **CLÁUSULA NOVENA: ADELANTO DIRECTO**

*“LA ENTIDAD otorgará [CONSIGNAR NÚMERO DE ADELANTOS A OTORGARSE] adelantos directos por el [CONSIGNAR PORCENTAJE QUE NO DEBE EXCEDER DEL 30% DEL MONTO DEL CONTRATO ORIGINAL] del monto del contrato original.*

EL CONTRATISTA debe solicitar los adelantos dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO Y OPORTUNIDAD PARA LA SOLICITUD], adjuntando a su solicitud la garantía por adelantos mediante carta fianza o póliza de caución acompañada del comprobante de pago correspondiente. Vencido dicho plazo no procederá la solicitud.

LA ENTIDAD debe entregar el monto solicitado dentro de [CONSIGNAR EL PLAZO] siguientes a la presentación de la solicitud del contratista."

*Incorporar a las bases o eliminar, según corresponda.*

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

La conformidad de la prestación del servicio se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. La conformidad será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA QUE OTORGARÁ LA CONFORMIDAD] en el plazo máximo de [CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO QUINCE (15) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN] días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8) días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días. Si pese al plazo otorgado, EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los servicios manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no otorga la conformidad, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

#### **CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA**

EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

#### **CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

La conformidad del servicio por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de [CONSIGNAR TIEMPO EN AÑOS, NO MENOR DE UN (1) AÑO] año(s) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES**

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{plazo vigente en días}}$$

Donde:

**F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;**

**F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.**

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo

transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **Importante**

*De haberse previsto establecer penalidades distintas a la penalidad por mora, incluir dichas penalidades, los supuestos de aplicación de penalidad, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, conforme el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.*

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

Estos dos (2) tipos de penalidades pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 32.3 del artículo 32 y artículo 36 de la Ley de Contrataciones del Estado, y el artículo 164 de su Reglamento. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES**

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN**

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, EL CONTRATISTA se compromete a i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

Finalmente, EL CONTRATISTA se compromete a no colocar a los funcionarios públicos con los que deba interactuar, en situaciones reñidas con la ética. En tal sentido, reconoce y acepta la prohibición de ofrecerles a éstos cualquier tipo de obsequio, donación, beneficio y/o gratificación, ya sea de bienes o servicios, cualquiera sea la finalidad con la que se lo haga.

**CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO**

Sólo en lo no previsto en este contrato, en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, en las directivas que emita el OSCE y demás normativa especial que resulte aplicable, serán de aplicación supletoria las disposiciones pertinentes del Código Civil vigente, cuando corresponda, y demás normas de derecho privado.

**CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>12</sup>**

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación o arbitraje, según el acuerdo de las partes.

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

Facultativamente, cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 224 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje.

El Laudo arbitral emitido es inapelable, definitivo y obligatorio para las partes desde el momento de su notificación, según lo previsto en el numeral 45.21 del artículo 45 de la Ley de Contrataciones del Estado.

**CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA**

Cualquiera de las partes puede elevar el presente contrato a Escritura Pública corriendo con todos los gastos que demande esta formalidad.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato:

DOMICILIO DE LA ENTIDAD: [.....]

DOMICILIO DEL CONTRATISTA: [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO AL PRESENTAR LOS REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO]

La variación del domicilio aquí declarado de alguna de las partes debe ser comunicada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

De acuerdo con las bases integradas, la oferta y las disposiciones del presente contrato, las partes lo firman por duplicado en señal de conformidad en la ciudad de [.....] al [CONSIGNAR FECHA].

---

“LA ENTIDAD”

---

“EL CONTRATISTA”

<sup>12</sup> De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).



## ANEXOS

**ANEXO N° 1****DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN****ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

|                                       |               |    |  |
|---------------------------------------|---------------|----|--|
| Nombre, Denominación o Razón Social : |               |    |  |
| Domicilio Legal :                     |               |    |  |
| RUC :                                 | Teléfono(s) : |    |  |
| MYPE <sup>13</sup>                    | Sí            | No |  |
| Correo electrónico :                  |               |    |  |

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda**

**Importante**

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*

<sup>13</sup> Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

**Importante***Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:***ANEXO N° 1****DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN****ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**

Presente.-

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

|                                       |               |    |  |
|---------------------------------------|---------------|----|--|
| Datos del consorciado 1               |               |    |  |
| Nombre, Denominación o Razón Social : |               |    |  |
| Domicilio Legal :                     |               |    |  |
| RUC :                                 | Teléfono(s) : |    |  |
| MYPE <sup>14</sup>                    | Sí            | No |  |
| Correo electrónico :                  |               |    |  |

|                                       |               |    |  |
|---------------------------------------|---------------|----|--|
| Datos del consorciado 2               |               |    |  |
| Nombre, Denominación o Razón Social : |               |    |  |
| Domicilio Legal :                     |               |    |  |
| RUC :                                 | Teléfono(s) : |    |  |
| MYPE <sup>15</sup>                    | Sí            | No |  |
| Correo electrónico :                  |               |    |  |

|                                       |               |    |  |
|---------------------------------------|---------------|----|--|
| Datos del consorciado ...             |               |    |  |
| Nombre, Denominación o Razón Social : |               |    |  |
| Domicilio Legal :                     |               |    |  |
| RUC :                                 | Teléfono(s) : |    |  |
| MYPE <sup>16</sup>                    | Sí            | No |  |
| Correo electrónico :                  |               |    |  |

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

|                                   |
|-----------------------------------|
| Correo electrónico del consorcio: |
|-----------------------------------|

Autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

<sup>14</sup> En los contratos periódicos de prestación de servicios, esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el consorcio ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Asimismo, dicha información se tendrá en cuenta en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento. Para dichos efectos, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

<sup>15</sup> Ibídem.

<sup>16</sup> Ibídem.

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de reducción de la oferta económica.
3. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
4. Solicitud para presentar los documentos para perfeccionar el contrato, según orden de prelación, de conformidad con lo previsto en el artículo 141 del Reglamento.
5. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del representante  
común del consorcio**

**Importante**

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*



## ANEXO N° 2

### DECLARACIÓN JURADA (ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda**

#### **Importante**

*En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.*

### ANEXO N° 3

#### DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**

Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las bases y demás documentos del procedimiento de la referencia y, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el **Servicio de Contratación del Servicio de Atención Ambulatoria del Paciente con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Hemodiálisis para la Red Asistencial Juliaca-por el periodo de 12 meses (AS Homologación)**, de conformidad con los Términos de Referencia que se indican en el numeral 3.1 del Capítulo III de la sección específica de las bases y los documentos del procedimiento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

#### **Importante**

*Adicionalmente, puede requerirse la presentación de documentación que acredite el cumplimiento de los términos de referencia, conforme a lo indicado en el acápite relacionado al contenido de las ofertas de la presente sección de las bases.*

## ANEXO N° 4

### DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**

Presente.-

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a prestar el servicio objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de **doce meses o (365 días calendarios)**.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

**ANEXO N° 5****PROMESA DE CONSORCIO****(Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN****ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta a la **ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

## a) Integrantes del consorcio

1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].

## b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

Asimismo, declaramos que el representante común del consorcio no se encuentra impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado.

## c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....].

## d) Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son las siguientes:

|    |   |                           |
|----|---|---------------------------|
| 1. | OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1]                                 | [ % ] <sup>17</sup>       |
|    | <ul style="list-style-type: none"><li>[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]</li><li></li></ul> |                           |
| 2. | OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2]                                 | [ % ] <sup>18</sup>       |
|    | <ul style="list-style-type: none"><li>[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]</li><li></li></ul> |                           |
|    | <b>TOTAL OBLIGACIONES</b>   | <b>100%</b> <sup>19</sup> |

<sup>17</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>18</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.



[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Consortiado 1**

**Nombres, apellidos y firma del Consortiado 1  
o de su Representante Legal  
Tipo y N° de Documento de Identidad**

.....  
**Consortiado 2**

**Nombres, apellidos y firma del Consortiado 2  
o de su Representante Legal  
Tipo y N° de Documento de Identidad**

**Importante**

*De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.*

---

<sup>19</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

**ANEXO N° 6****PRECIO DE LA OFERTA**

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN****ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

| CONCEPTO     | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|--------------|----------|-----------------|--------------|
|              |          |                 |              |
| <b>TOTAL</b> |          |                 |              |

El precio de la oferta en Soles, incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

**Importante**

- *El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

*“Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN]”.*

## ANEXO N° 8

### EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**

Presente.-

Mediante el presente, el suscrito detalla la siguiente EXPERIENCIA EN LA ESPECIALIDAD:

| N° | CLIENTE | OBJETO DEL CONTRATO | N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO | FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>20</sup> | FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>21</sup> | EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>22</sup> DE: | MONEDA | IMPORTE <sup>23</sup> | TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>24</sup> | MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>25</sup> |
|----|---------|---------------------|---|---------------------------------------|--|---|--------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 1  |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 2  |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 3  |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 4  |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |

<sup>20</sup> Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>21</sup> Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

<sup>22</sup> 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. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN "Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz". Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, "... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe".

<sup>23</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>24</sup> El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>25</sup> Consignar en la moneda establecida en las bases.

| Nº           | CLIENTE | OBJETO DEL CONTRATO | N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO | FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>20</sup> | FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>21</sup> | EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>22</sup> DE: | MONEDA | IMPORTE <sup>23</sup> | TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>24</sup> | MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>25</sup> |
|--------------|---------|---------------------|---|---------------------------------------|--|---|--------|-----------------------|------------------------------------|---|
| 5            |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 6            |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 7            |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 8            |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 9            |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 10           |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| ...          |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| 20           |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |
| <b>TOTAL</b> |         |                     |   |                                       |  |   |        |                       |                                    |   |

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda



## ANEXO N° 9

### DECLARACIÓN JURADA (NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que la experiencia que acredito de la empresa [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA] como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 49.4 del artículo 49 del Reglamento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal, según corresponda**

#### **Importante**

*A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con Sanción Vigente en <http://portal.osce.gob.pe/rnp/content/relación-de-proveedores-sancionados>. También le asiste dicha facultad al órgano encargado de las contrataciones o al órgano de la Entidad al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.*

## ANEXO N° 12

### AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN DE LA ENTIDAD SOBRE LA SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE PLAZO MEDIANTE MEDIOS ELECTRÓNICOS DE COMUNICACIÓN

(DOCUMENTO A PRESENTAR EN EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA AS-HOMOLOGACIÓN-SM-21-2023-ESSALUD-RAJUL-1 Primera Convocatoria AS 2334A00211**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor adjudicado y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], autorizo que durante la ejecución del contrato se me notifique al correo electrónico [INDICAR EL CORREO ELECTRÓNICO] lo siguiente:

✓ Notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

#### Importante

*La notificación de la decisión de la Entidad respecto a la solicitud de ampliación de plazo se efectúa por medios electrónicos de comunicación, siempre que se cuente con la autorización correspondiente y sea posible obtener un acuse de recibo a través del mecanismo utilizado.*

## ANEXO N° 13



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

### "COMPROMISO DE INTEGRIDAD DE LOS PROVEEDORES DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD".

Yo, ..... identificado (a) con DNI/CE  
N° ..... representante legal de la empresa  
..... con Registro Único de Contribuyente  
(RUC) N° ..... postor al Proceso de Selección denominado  
..... me comprometo a:

- 1 Actuar con honestidad, probidad y transparencia, debiendo informar oportunamente sobre la existencia de cualquier conflicto de interés; comunicando al Órgano Encargado de las Contrataciones a cargo del proceso de selección, así como a la Oficina de Integridad de EsSalud sobre cualquier acto de corrupción del que tuviera conocimiento durante la duración del proceso.
- 2 No ofertar, donar, entregar cualquier tipo de dádiva, beneficio o incentivo a los responsables de la conducción del presente proceso de selección o cualquier otra persona que esté directamente relacionada con la Entidad durante cualquiera de las etapas del proceso de selección, ejecución o liquidación y/o en cualquier otro momento.
- 3 De conocer que un colaborador, funcionario o servidor de la Entidad esté brindando información confidencial o privilegiada a la que tenga acceso, deberá denunciar tales hechos a la Oficina de Integridad del Seguro Social de Salud-EsSalud, adjuntando los medios probatorios correspondientes.

Con la suscripción del presente documento, comprendo que el "Compromiso de Integridad de los Proveedores del Seguro Social de Salud – EsSalud", constituye un pacto voluntario para fortalecer la Institución y sus procesos en aras de salvaguardar la integridad y transparencia de los procesos de selección, cautelando los recursos públicos.

En atención al párrafo precedente, el presente Compromiso tiene calidad de Declaración Jurada, por lo cual surte todos los efectos jurídicos correspondientes.

En la ciudad de ..... a los ..... días del mes  
de ..... del año .....



FIRMA REPRESENTANTE LEGAL  
NOMBRES Y APELLIDOS  
DNI N°

