

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:

Nº	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> <div>• Abc</div>	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> <div>• Abc</div>	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> <div>• Xyz</div>	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:

Nº	Características	Parámetros
1	Márgenes	Superior : 2.5 cm Inferior: 2.5 cm Izquierda: 2.5 cm Derecha: 2.5 cm
2	Fuente	Arial
3	Estilo de Fuente	Normal: Para el contenido en general Cursiva: Para el encabezado y pie de página Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
4	Color de Fuente	Automático: Para el contenido en general 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 11 : Para el nombre de los Capítulos. 10 : Para el cuerpo del documento en general 9 : Para el encabezado y pie de página Para el contenido de los cuadros, pudiendo variar, según la necesidad 8 : Para las Notas al pie
6	Alineación	Justificada: Para el contenido en general y notas al pie. Centrada : Para la primera página, los títulos de las Secciones y nombres de los Capítulos)
7	Interlineado	Sencillo
8	Espaciado	Anterior : 0 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 ESTÁNDAR DE ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA
PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL**

**ADJUDICACIÓN SIMPLIFICA HOMOLOGADA N° 17-2023-
ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A000172)**

Segunda Convocatoria.

**CONTRATACIÓN DE SERVICIO DE ATENCIÓN
AMBULATORIA INTEGRAL DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADÍO 5 EN
HEMODIÁLISIS DE LA RED ASISTENCIAL MOYOBAMBA.**

2024

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.*
- *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 Digitales¹). 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.

¹ 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 RNP². 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.

² La constancia de inscripción electrónica se visualizará en el portal web del Registro Nacional de Proveedores: 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 accesorio, 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-emitir-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 - ESSALUD
RUC N° : 20131257750
Domicilio legal : JR. 20 de abril N° 347 - Moyobamba
Teléfono: : 042-562366 / 042582050
Correo electrónico: : miguel.gomez@essalud.gob.pe
herbert.silvas@essalud.gob.pe
martha.salasr@essalud.gob.pe

1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la contratación del ***Servicio de Atención Ambulatoria de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Hemodiálisis de La Red Asistencial Moyobamba.***

1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante Resolución N° 000083-D-RAMOY-ESSALUD-2024 del 11 de noviembre del 2024.

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 con lo establecido en el expediente de contratación, se advierte que no corresponde la distribución de la Buena Pro, debido a que el requerimiento puede ser atendido por un solo proveedor.

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

Los servicios materia de la presente convocatoria se prestarán en el plazo de 24 meses. Las prestaciones a cargo de la IPRESS - Hemodiálisis Tercerizada serán ejecutadas a partir del día siguiente de suscrita el Acta de inspección de cumplimiento de condiciones y requisitos para la prestación.

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 la suma de S/. 10.00 (Diez con 00/100 Soles) en la Caja de la entidad (Jr. Varacadillo N° 324 – Moyobamba, o en su defecto efectuar el pago en la cuenta financiera de EsSalud del Banco BBVA – Banco Continental N°0011-0314-26-0100029194 y luego alcanzar una copia del Boucher en la Unidad de Finanzas para la emisión de su factura y recoger las bases en la Unidad de Adquisiciones Ingeniería Hospitalaria y Servicios, ubicada en el Jr. Varacadillo N° 324 – Moyobamba.

Importante

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

1.10. BASE LEGAL

- Ley N° 31953 – Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024. –
- Ley N° 31954 – Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal 2024.
- 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.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- TUO de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado aprobado mediante Decreto Supremo N° 082-2019-EF y sus modificatorias.
- Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, aprobado mediante Decreto Supremo N° 344-2018-EF y sus modificatorias.
- Decreto supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Decreto que aprueba el “Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”.
- Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, Decreto que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba las “Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud”, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 030-2014-SA.
- 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”
- Directiva N° 001-2017-OSCE/CD. Bases y Solicitud de Expresión de Interés Estándar para los Procedimientos de Selección a Convocar en el Marco de la Ley N°30225, aprobada mediante Resolución N° 001-2017-OSCE/CDE, modificada mediante Resolución N° 017-2017-OSCE-CD.
- Decreto Supremo N°014-2017-MINAM, que aprueba el Reglamento de Decreto Legislativo N°1278, decreto legislativo que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos
- Ley N°27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N°29459 Ley de los Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- Ley N°27446, ley del Sistema Nacional de Evaluación de Impacto Ambiental y sus modificatorias.

- Decreto Supremo N°03-98-SA, que aprueba el Reglamento denominado Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y sus modificatorias, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo 005-2012-TR y sus modificatorias.
- Ley N° 28611, Ley General del Ambiente y sus modificatorias
- 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”
- Resolución de Gerencia General N°027-GG-ESSALUD-2020 que aprueba la Directiva N°02-GCPS-ESSALUD-2020 “Norma de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en el Seguro Social de Salud-ESSALUD”
- Resolución de Gerencia del Centro Nacional de Salud Renal N° 84-CNSR-ESSALUD-2014 que aprobó la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Desgaste Proteico-Energético en Pacientes de Diálisis del Centro Nacional de Salud Renal.
- Resolución Ministerial N°804-2022/MINSA, que aprueba la Ficha de Homologación del servicio de atención ambulatoria integral del paciente con Enfermedad Renal Crónica estadio 5 en hemodiálisis.

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 documentos³, 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.

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 – PIDE⁴ 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.

- c) 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**)
- e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. (**Anexo N° 4**)⁵

³ La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

⁴ 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/>

⁵ 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.

- 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) Declaración Jurada Anticorrupción y Compromiso de Integridad, **Según Anexo G**

Compromiso para salvaguardar la Integridad y transparencia en cualquiera de las etapas del procedimiento de selección.

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.

2.2.2. Documentación de presentación facultativa:

- a) En el caso de microempresas y pequeñas empresas integradas por personas con discapacidad, o en el caso de consorcios conformados en su totalidad por estas empresas, deben presentar la constancia o certificado con el cual acredite su inscripción en el Registro de Empresas Promocionales para Personas con Discapacidad⁶.
- b) Los postores que apliquen el beneficio de la exoneración del IGV previsto en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, deben presentar la Declaración Jurada de cumplimiento de condiciones para la aplicación de la exoneración del IGV (Anexo N° 7).

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 acápite “Documentos para la admisión de la oferta”, “Requisitos de calificación” y “Factores de evaluación”.

⁶ Dicho documento se tendrá en consideración en caso de empate, conforme a lo previsto en el artículo 91 del Reglamento.

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.
- 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

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 – PIDE⁷ 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 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 comunicación⁸. (**Anexo N° 12**).
- h) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado⁹.
- i) Copia de la Inscripción en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y/o el Registro de inscripción de la IPRESS otorgado por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
- j) Copia de la Licencia Municipal de Funcionamiento vigente a nombre de la IPRESS.
- k) Requisitos mínimos requeridos en el Anexo 17°.
- l) Copia de la Resolución de Categorización vigente emitida por la Unidad de Servicios de la Dirección Regional de Salud – DIRESA de San Martín.
- m) Copia del Certificado vigente de Defensa Civil, emitido por la autoridad competente.
- n) Documento que acredite la posesión de la infraestructura física del local donde se ubica la sede de la IPRESS, teniendo como vigencia mínima el plazo de ejecución del presente proceso, el cual debe ser debidamente acreditado.
- o) Copia del Registro Sanitario vigente del equipamiento de la IPRESS: máquinas de hemodiálisis, desfibrilador con monitor, electrocardiógrafo, según normativa emitida por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID, Según Anexo 17.
- p) Sistema de tratamiento de agua, constancias de instalación u operatividad de todos los componentes, señalados en los términos de referencia Anexo 17°, así como también lo exigido en el literal g) del punto 2.2.1.4 de la Ficha Homologada.
- q) Resultado de laboratorio 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, y de acuerdo al literal c) del punto 2.2.1.4 de la Ficha Homologada.
- r) Plan Anual de Manejo de Residuos Sólidos presentado ante la Autoridad de Salud correspondiente.
- s) Contrato de Servicio de Laboratorio (control de agua y liquido de diálisis), servicio de recojo y transporte de residuos biocontaminados y servicio de lavandería.
- t) Plan de contingencia frente a desastres.
- u) Formatos que serán utilizados durante la ejecución del servicio.

⁷ 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/>

⁸ En tanto se implemente la funcionalidad en el SEACE, de conformidad con la Primera Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 234-2022-EF.

⁹ Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

- v) Presentar control serológico para VIH, HBsAg (antígeno de superficie de Hepatitis B), Hepatitis C y VDRL, así como, presentar para el personal de limpieza y profesional de mantenimiento de maquinas, carnets de inmunización contra el tétano y difteria.

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 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 Haya¹⁰.*
- *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 Unidad de Adquisiciones de la Red Asistencial Moyobamba, sito en Jr. Varacadillo N°324-Moyobamba.

2.5. ADELANTO.

No se otorgarán adelantos.

¹⁰ Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

2.6. FORMA DE PAGO

La Entidad realizará el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en PAGOS PERIODICOS DE FORMA MENSUAL.

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

La conformidad del servicio se realiza en tres momentos:

2.6.1. Previo al procedimiento de conformidad del servicio la Red Asistencial Tarapoto realizará la validación de la documentación de las sesiones de hemodiálisis según el siguiente procedimiento:

2.6.1.1. La IPRESS contratada remitirá la documentación solicitada a través de Mesa de Partes en formato físico, 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.

2.6.1.2. La Red Asistencial Moyobamba emitirá un Acta de Validación de Cierre de Sesiones de Hemodiálisis con la cantidad de sesiones mensuales.

2.6.2. La recepción de los documentos para la conformidad de las prestaciones del servicio se realiza mensualmente y corresponde a las atenciones brindadas en el mes anterior y considerado para la conformidad según el procedimiento establecido por EsSalud. La IPRESS contratada presentará la Red Moyobamba a través de Mesa de Partes en formato físico, dos expedientes originales firmados, foliados y sellados por el Director Médico para la conformidad del servicio, que contiene los siguientes documentos:

- ✓ Formato de Control de Diálisis (FCD).
- ✓ Planillas de producción de hemodiálisis Anexo N° 29.
- ✓ Copia del cargo de presentación de informes y reportes mensuales.
- ✓ Copia de orden de compra del contrato correspondiente de la IPRESS.
- ✓ Planilla de Tiempo de diálisis, Planilla KTV.
- ✓ Copia del Acta de Validación de Cierre de Sesiones de Hemodiálisis firmado por el director Médico.

2.6.3. El área competente para emitir la conformidad del servicio consolidará la siguiente documentación:

- ✓ Informe del Comité de Supervisión de Hemodiálisis en visita inopinada a la IPRESS contratada.
- ✓ Copia del cargo de recepción de los Informes mensuales presentados por la IPRESS (Director Técnico, Jefe de Enfermeras, Nutrición, Psicología y Trabajo Social).
- ✓ Informe de Indicadores de Calidad del Servicio Contratado (Tiempo de diálisis, Kt/V y Calidad de Agua).
- ✓ Informe de medidas correctivas para mejorar calidad de agua, de ser el caso.
- ✓ Informe de la Jefatura. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO

Para el pago del servicio de las sesiones de hemodiálisis, el expediente debe contar con los siguientes documentos:

- ✓ Orden de servicio original.
- ✓ Factura Original, SUNAT y dos copias.
- ✓ De ser el caso: nota de débito.
- ✓ Conformidad de servicio.
- ✓ Informe técnico del servicio realizado.

Dicha documentación se debe presentar en la Unidad de Adquisiciones de la Red Asistencial

Moyobamba, sito en Jr. Varacadillo N°324-Moyobamba.

2.7. REAJUSTE DE LOS PAGOS

No se efectuarán reajustes a los precios del servicio contratado.

CAPÍTULO III
REQUERIMIENTO

3.1. TERMINOS DE REFERENCIA

REQUERIMIENTO

CONTRATACION DEL SERVICIO DE ATENCION AMBULATORIA DEL PACIENTE CON
ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN HEMODIALISIS DE LA
RED ASISTENCIAL MOYOBAMBA

I. DESCRIPCION GENERAL

Código del CUBSO: 8512150400390508

Denominación de Requerimiento: Servicio de atención ambulatoria del paciente
con enfermedad renal crónica estadio 5 en
hemodiálisis de la Red Asistencial
Moyobamba

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

Unidad de Medida: 10,956 sesiones

1. Denominación de la contratación

Servicio de Atención Ambulatoria de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Hemodiálisis de La Red Asistencial Moyobamba

2. Dependencia Solicitante

Seguro Social de Salud (ESSALUD) Red Asistencial Moyobamba

RUC N°20131257750

Domicilio Legal: Jr. 20 de Abril N°347 -Distrito y Provincia de Moyobamba, Departamento de San Martín – Perú.

3. Finalidad pública

El presente proceso busca mejorar la accesibilidad al tratamiento hemodialítico de los pacientes asegurados a ESSALUD con Enfermedad Renal Crónica (ERC-5) con el fin de

disminuir la brecha oferta-demanda existente, contribuyendo a su vez a la satisfacción de las necesidades de salud, manteniendo y mejorando su calidad de vida.

4. Antecedentes

El Seguro Social de Salud ESSALUD es un Organismo Público Descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

La Red Asistencial Moyobamba es el Órgano Desconcentrado de ESSALUD, responsable de otorgar prestaciones de salud, económicas y sociales mediante la articulación de sus Centros Asistenciales de diferente nivel de complejidad y unidades operativas a la población asegurada y sus derechohabientes, en interrelación con el ámbito asegurador, operando en un ambiente geográfico asignado, así como brindar prestaciones asistenciales de prevención, promoción, recuperación (ambulatoria, hospitalaria y de emergencia) y rehabilitación de las especialidades clínico - quirúrgicas de mediana complejidad a través del Hospital I Alto Mayo.

La prevalencia y la incidencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) se encuentran en aumento debido a que los factores de riesgo para adquirirla también han elevado sus prevalencias (Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus, Obesidad, entre otras). Por lo tanto, se espera también que la incidencia y la prevalencia de pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadio 5 con necesidad de Terapia Reemplazo Renal Crónica (TRRC) sean cada vez mayores. Asimismo, la ausencia de seguimiento y continuidad de tratamiento durante la pandemia de la COVID-19 contribuyó al deterioro clínico de muchos pacientes con enfermedades crónicas, lo que incrementó directamente la necesidad de hemodiálisis en dichos pacientes. En consecuencia, la necesidad de servicios de hemodiálisis convencional para los pacientes de EsSalud también viene aumentando. Es así que la demanda de TRRC ha sobrepasado la capacidad de los recursos propios de nuestra Institución.

La Red Asistencial Moyobamba como órgano Desconcentrado cuenta con unidades Operativas Asistenciales, que viene desarrollando actividades tendientes a modernizar la institución, con el propósito de simplificar e integrar la función organizacional, así como brindar un mejor y eficiente servicio a la comunidad asegurada.

Que siguiendo con los parámetros de atención de calidad y eficiente a los pacientes a través de contrataciones de Empresas terceras que brinden la atención adecuada al paciente, como se ha venido contratando desde el año 2019, en el que la Red asumió el reto de tener atenciones de sesiones de pacientes de diálisis con la supervisión de un Comité Multidisciplinario y pese a los obstáculos que se han tenido durante las fases de contratación se ha visto favorable la atención de los pacientes en las condiciones de oportunidad y crecimiento de la población con este tipo de diagnóstico.

Por lo que estando la Jefatura Médico Quirúrgico encargado de garantizar las atenciones de los pacientes con insuficiencia renal cuya actividad no se puede realizar directamente a través de nuestra red y persistiendo la necesidad de los pacientes, se ha elaborado los presentes TDR para el seguimiento, atención y tratamiento especializado con calidad y adecuado trabajo que debe prevalecer EsSalud, generando confianza en el asegurado y cumplimiento estricto de las Empresas postoras según lo establecido en las normas y Directivas de este tipo de Contrataciones, que emana de los siguientes criterios:

5. Objetivos de la contratación

5.1. Objetivo general.

Ampliar la oferta de atenciones ambulatorias de hemodiálisis para pacientes asegurados a la Red Asistencial Moyobamba de EsSalud, a fin de reducir la brecha oferta/demanda de tratamientos de diálisis.

5.2. Objetivo específico.

Contratar una Empresa Jurídica o Natural que cumpla con todas las condiciones mínimas establecidas en la norma, para que brinde el servicio de atención ambulatoria de hemodiálisis para pacientes asegurados a ESSALUD con enfermedad renal crónica estadio 5 en diálisis.

Garantizar la atención de los pacientes con estándares de calidad tanto con infraestructura, equipamiento e insumos de mejores condiciones.

6. Base legal.

- a) Resolución Ministerial N°804-2022/MINSA
- b) Se especifica las normas establecidas de la ficha homologada del Anexo 18 y normas establecidas por EsSalud Anexo N°33

Asimismo, se aplicarán las actualizaciones de las normas anteriormente señaladas u otros nuevos estándares nacionales e internacionales que se publiquen.

En caso de modificatoria de la normatividad aplicable, EsSalud comunicará y otorgará a la IPRESS un plazo máximo de treinta (30) días calendario, para su adecuación y aplicación, de ser el caso

7. Características y condiciones del servicio a contratar.

De acuerdo a lo señalado en las Fichas de Homologación del Servicio de Atención Ambulatoria del paciente con enfermedad con Enfermedad Renal Crónica estadio 5 en hemodiálisis aprobado por Resolución Ministerial N° 804-2022/MINSA.

El Seguro Social de Salud a través de la Red Asistencial Moyobamba, requiere contratar el servicio de hemodiálisis sin reúso de dializadores para los asegurados con enfermedad renal crónica, estadio 5 de la Red Asistencial Moyobamba, en la cantidad estimada que se detalla a continuación.

ítem	Descripción	Unidad de medida	Cantidad estimada
Único	Sesión de hemodiálisis sin reúso de dializadores	Sesión	10,956

(*) Los servicios detallados en el presente cuadro son cantidades aproximadas las cuales están sujetos a la real necesidad del área usuaria, según estado de cada paciente.

La cantidad mensual de pacientes a ser atendidos es de aproximadamente 40 pacientes con lo cual se obtiene la cantidad de sesiones descritas en el cuadro anterior.

ítem	Descripción	Personas a atender por mes	Sesiones por persona por mes	Meses de ejecución contractual	Cantidad total de sesiones
Único	Sesión de hemodiálisis sin reúso de dializadores	35	13/14	24	10,956

7.1. Actividades a realizar.

El servicio de atención ambulatoria de hemodiálisis para los pacientes asegurados a ESSALUD con ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA estadio 5 comprende:

- Sesión de hemodiálisis, sin reúso del dializador y líneas arteriovenosas, de acuerdo a la prescripción médica, utilizando dializadores de bajo flujo y alta eficiencia.
- Evaluación del acceso vascular.
- Consulta nefrológica.
- Atención nutricional.
- Atención en salud mental.
- Atención de servicio social.

Todas las precisiones para cumplimiento del contratista están establecidas en la Ficha Homologada, constituyendo esta herramienta técnica de obligación del proveedor, postor y contratista sujeto a evaluación por los encargados de la Entidad.

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 ESPECIFICA

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>



		<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>
	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 resolutive 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>



			<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>	
 	4	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>	

		<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"> 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). <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"> 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). 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). 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). <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>
 	5 Calidad de atención	<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.

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 acudan a la IPRESS contratada deberá estar sujeta a la autorización previa de la Entidad Contratante. En caso el paciente continúe atendiéndose 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) 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.
- b) 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

- a) 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).
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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).
- e) 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 amarílica, de acuerdo a normativa vigente y modificatorias.
- f) 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



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 resolutoria 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.



- 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



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.



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
 - i. 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.
 - ii. 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.
 - iii. 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



- 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 m² por cada puesto de hemodiálisis (incluyendo el local aislado), área mínima de 4 m² 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) 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	CAPACIDAD LEGAL
	HABILITACIÓN
	<p><u>Requisitos:</u> El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento Resolutivo vigente de clasificación como Servicio Médico de Apoyo. • Código Único de IPRESS vigente y estar inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) de SUSALUD. <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimientos de salud o Documento Resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo, vigentes. • Copia simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindará el servicio.

B	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
B.1	EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO
	<p><u>Requisitos:</u> El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de máquinas 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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. • Equipos mínimos del sistema de tratamiento de agua: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Filtro de sedimentos o multimedia o partículas



	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 <p><u>Acreditación:</u> 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>
C	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD
	<p><u>Requisitos:</u> 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. Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.</p> <p><u>Acreditación:</u> 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 pago¹, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

III ANEXOS



C. MESTAS



G. CARLOS

¹ 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 fehaciencia 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 sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".

ANEXO N° 1
HISTORIA CLÍNICA INICIAL

I. DATOS GENERALES:

1.1 DATOS DEL PACIENTE:

- Apellidos y Nombres: _____
- Edad: _____ Fecha de atención: _____
- _____ del domicilio: _____
- N° de Afiliación: _____
- Departamento: _____
- Distrito: _____
- IPRESS pública de procedencia: _____
- Aseguradora: _____
- N° de DN: _____
- Provincia: _____
- Teléfono: _____

1.2. CONTACTO DE EMERGENCIA:

- Apellidos y nombres: _____
- Relación con el paciente: _____
- Dirección: _____
- Departamento: _____
- Distrito: _____
- Provincia: _____
- Teléfono: _____

II EVALUACIÓN MÉDICA

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Enfermedad crónica que produce la enfermedad renal: _____
- Fecha de primera hemodiálisis: ____/____/____
- Comorbilidades: _____
- Grupo de sangre: _____
- Número de transfusiones: _____
- Diuresis residual 24 horas: _____
- Medicación que recibe: _____
- Alergia a medicamentos: _____
- Otras terapias previas de reemplazo renal
 - Diálisis Peritoneal: _____
 - Trasplante Renal: _____

Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____
Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

2.2. OTROS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

C. MESTAS

- Médicos: _____
- Quirúrgicos: _____
- Vacunizaciones:
 - a. Inmunización contra Hepatitis B
 - Número 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: _____

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 : ____/____/____

- 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 : _____



C. MESTAS



G. CARLOS



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), fístula arterio-venoso o injerto.

En caso de tener una fístula 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 fístula 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.



C. MESTAS



G. CARLOS

Firma o huella de paciente
DNI:

Firma o huella de familiar o apoderado
DNI

Firma y sello de médico
DNI:

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																			
<ul style="list-style-type: none"> • Hora de evaluación inicial: • Problemas clínicos: 																			
<ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas: 																			
<ul style="list-style-type: none"> • Funciones vitales: 																			
<ul style="list-style-type: none"> • Prescripción del tratamiento de hemodiálisis <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prescripción para máquina de hemodiálisis: <table border="0"> <tr> <td>Horas de hemodiálisis:</td> <td>Qb.:</td> <td>Conductividad:</td> </tr> <tr> <td>Dosis de heparina:</td> <td>Qd:</td> <td>Na inicial:</td> </tr> <tr> <td>Peso seco:</td> <td>Buffer: Bicarbonato</td> <td>Na final:</td> </tr> <tr> <td>Peso inicial:</td> <td></td> <td>Perfil de Na.:</td> </tr> <tr> <td>Ultrafiltrado a programar:</td> <td></td> <td>Perfil de UF:</td> </tr> </table> ✓ Prescripción para dializador: <table border="0"> <tr> <td>Área de dializador:</td> <td>Membrana de dializador:</td> </tr> </table> 			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:	Área de dializador:	Membrana de dializador:
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:																	
Área de dializador:	Membrana de dializador:																		
<p>.....</p> <p>Firma y sello del Especialista en Nefrología</p>																			
I.2. EVALUACIÓN FINAL																			
<ul style="list-style-type: none"> • Hora de evaluación final: • Condición clínica del paciente al finalizar hemodiálisis y otros: 																			
<p>.....</p> <p>Firma y sello del Especialista en Nefrología</p>																			



II. PARTE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

II.1. Valoración de enfermería

.....

.....

.....

.....

Peso inicial: P.A. inicial:

N° de Máquina: Marca/ modelo de máquina: N° 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	
Hidroxycobalamina 1mg/mL INY 1mL	
Calcitriol 1 mcg/mL INY	
Otros:	

II.3. Evolución del tratamiento de hemodiálisis:



HORA	P.A	FC	Qb	CND	R.A.	R.V.	PTM	SOL/HEMODERIVADOS	OBSERVACIONES

P.A. final: Peso final:

Observación final y otros:

Aspecto de filtro:



Lic. En enfermería
Inicia tratamiento

Lic. En enfermería
Finaliza tratamiento

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

**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

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

Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2

IPRESS: _____
MES: _____ AÑO: _____

N°	PACIENTE	SECUENCIA	DÍA DE LA SEMANA																														TOTAL CÓDIGO N°1	TOTAL CÓDIGO N°2	TOTAL CÓDIGO N°3	TOTAL CÓDIGO N°4	TOTAL CÓDIGO N°5
			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																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
...																																					
n																																					
			TOTAL																																		

N° DE CÓDIGO	LOTE	CANTIDAD
1		
2		
3		
4		
5		
TOTAL		

- 1) Consigne el nombre de todos los pacientes dializados durante el mes
- 2) Consigne la secuencia de diálisis (L-M-V o M-J-S) de todos los pacientes dializados durante el mes
- 3) Consigne la sigla del día de la semana (L, M, J, V, S o D) de acuerdo a la fecha para el mes correspondiente, en las celdas sombreadas.
- 4) Consigne el número correspondiente al lote 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 intersección del paciente con el día de sesión de hemodilísis realizada.



Versión 01
Página 22 de 71



Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2

(llenar por turno y por día)

N°	PACIENTE	SECUENCIA	DÍA DE LA SEMANA																														TOTAL CÓDIGO N°1	TOTAL CÓDIGO N°2	TOTAL CÓDIGO N°3	TOTAL CÓDIGO N°4	TOTAL CÓDIGO N°5
			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																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
...																																					
n																																					
			TOTAL																																		

Instrucciones:

- Consigne el nombre de todos los pacientes dializados durante el mes.
- Consigne la secuencia de diálisis (L-M-V o M-J-S) de todos los pacientes dializados durante el mes.
- Consigne la sigla del día de la semana (L, M, Mi, J, V, S o D) de acuerdo a la fecha para el mes correspondiente, en las celdas sombreadas.
- Consigne el número correspondiente al lote utilizado en cada día de diálisis para cada uno de los pacientes dializados durante el mes.
- Consigne el número de código correspondiente en cada recuadro de intersección del paciente con el día de sesión de hemodiálisis realizada.



C. MESTAS



Versión 01
 Página 23 de 71

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 (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 Hidroxibalamin	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		
Heparinización	Total en bolo inicial		
	Continua		
	Sin heparina		
	Restringida		
Test de acceso vascular	Número de test realizado al acceso vascular		
Administración de oxígeno	Bigotera nasal		
	Máscara venturi		
	Máscara de reservorio		
Atención en complicaciones intradialíticas	Hipotensión		
	Hipertensión		
	Calambres		
	Náuseas y vómitos		
	Cefalea		
	Reacción química		
	Reacción pirógena		
	Cambio de dializador		
	Cambio de línea venosa		
	Cambio de línea arterial		
	Hiperkalemia		
	Edema agudo de pulmón		
	Paro cardio respiratorio		

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



C. MESTAS



ANEXO N° 9-A

REGISTRO MENSUAL DE PACIENTES NUEVOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

N°	Apellidos y nombres	DNI N°	Edad	Sexo	Dirección	Teléfono	IPRESS pública de referencia	IPRESS privada de procedencia	Fecha de ingreso	Turno	Secuencia	Serologia



Versión 01
Página 25 de 71



SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA.
Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) –
Convocatoria 2

ANEXO N° 9-B

REGISTRO MENSUAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

N°	Apellidos y nombres	DNI N°	Edad	Sexo	IPRESS pública de hospitalización	Fecha de hospitalización	Motivo de hospitalización	Fecha de alta



Versión 01
Página 26 de 71



SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA
Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) –
Convocatoria 2

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



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 multimedia																															
Filtro de carbón activado																															
Ablandador o descalcificador																															
Tanque de salmuera																															
Pre filtro osmosis																															
Presión osmosis	(*) Pre																														
	(*) Post																														
Caudal L/min	(*) Permeado																														
	(*) Concentrado																														
Test	(*) Dureza																														
	(*) Cloramina																														
	(*) pH																														
	(*) Conductividad $\mu\text{S/cm}$																														
Lampara ultravioleta																															
(*) Presión de recirculación (PSI)																															
Nombre y firma del Tec. responsable																															
Observaciones																															
Nombre y firma medico responsable de turno																															

(*) Registrar los valores según la medida que corresponda



C. MESTAS

Versión 01
Página 28 de 71



G. CARLOS

CONTROL DIARIO DE DESINFECCIÓN INTERNA DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS

[illegible]

- 1) Cambio de protector de transductor interno de la máquina.
- 2) Activación de alarma de fuga de sangre.
- 3) Otros.



Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2

REGISTRO MENSUAL DE ACCESO VASCULAR

[illegible]

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:



- 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:			



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 ≥ 10 mUI/L: SÍ () NO () DESCONOCIDO ()
Valor:mUI/L Fecha de análisis:



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 ()



C. MESTAS



G. CARLOS



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)


C. MESTAS


G. CARLOS

**ANEXO N° 15
PENALIDADES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

ÍTEM	SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD	FORMA DE CÁLCULO	PROCEDIMIENTO
1.	<p>Ausencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales, de acuerdo a los módulos de atención operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - médico asistencial - enfermero (a) asistencial - técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis - técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores - 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.	<p>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.</p> <p>Se considera ausencia cuando cumpla con alguno de los siguientes supuestos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No presencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - médico asistencial (como máximo tres módulos por turno de atención). - enfermero (a) asistencial (como máximo un módulo por turno de atención). - técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis (como máximo un módulo por turno de atención). - técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores (como máximo dos módulos por turno de atención). - profesional en mantenimiento de máquinas (uno por turno de atención). 2. No permanencia en la IPRESS contratada de uno o más de los siguientes profesionales: <ul style="list-style-type: none"> - médico asistencial (como máximo tres módulos por turno de atención).

Versión 01
Página 35 de 71



SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA.
Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2

ÍTEM	SUPUESTO DE APLICACIÓN DE PENALIDAD	FORMA DE CÁLCULO	PROCEDIMIENTO
			<ul style="list-style-type: none"> - enfermero (a) asistencial (como máximo un módulo por turno de atención). - técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis (como máximo un módulo por turno de atención). - técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores (como máximo dos módulos por turno de atención). - profesional en mantenimiento de máquinas (uno por turno de atención). <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"> - médico asistencial - enfermero (a) asistencial - técnico (a) de enfermería de sala de hemodiálisis - técnico (a) de enfermería para cebado y almacenamiento de dializadores - profesional en mantenimiento de máquinas (uno por turno de atención).
2.	Más del 15% de los pacientes no cumplen con al menos uno de los siguientes estándares: - Kt/V 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 16% 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

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA
Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2

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: $Kt/V = - \ln((C2/C1) - (0.008 \times T)) + (4 - 3.5 \times (C2/C1)) \times UF/P$ 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: $PRU (\%) = 100 \times (C1 - C2) / C1$ Leyenda: C1: Urea pre-diálisis (en mg/dL). C2: Urea post-diálisis. T : Tiempo de hemodiálisis (en horas) UF: Cambio de peso pre-postdiálisis en kilogramos (kg). 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



C. MESTAS



G. CARLOS

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA.**Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) –
Convocatoria 2**

ITEM	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 hemodiálisis 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 hemodiálisis. <i>Leyenda:</i> 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 hemodiálisis, 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.



C. MESTAS

Versión 01
Página 38 de 71

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA**Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) –
Convocatoria 2**

ÍTEM	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 ultrapura, en al menos uno de siguientes puntos de toma de muestra:</p> <ul style="list-style-type: none">- Salida de la ósmosis inversa,- Al inicio de cada anillo de distribución- Final de cada anillo de distribución <p><i>Leyenda:</i> 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">- 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.- 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.- 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	(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



SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA.**Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2**

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">• Kardex de almacén con información de la cantidad de ingresos y egresos de dializadores y líneas arteriovenosas por número de serie y lote.• Consolidado de sesiones de hemodiálisis del mes.• Control diario de descarte de dializadores (anexo N° 7-A).• Control diario de descarte de set de líneas arteriales y venosas (anexo N° 7-B).

Versión 01
Página 40 de 71



ÍTEM	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.



C. MESTAS

Versión 01
Página 41 de 71



G. CARLOS

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.



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 $\frac{3}{4}$ 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 3/4, 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),



5. Las agujas con jeringas utilizadas en el paciente son desechadas dentro de un contenedor para punzocortante, No encapsuladas 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



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 reutilizado 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 reutilizado 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.



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 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)



Imagen N°01. Pasos de lavado de manos.



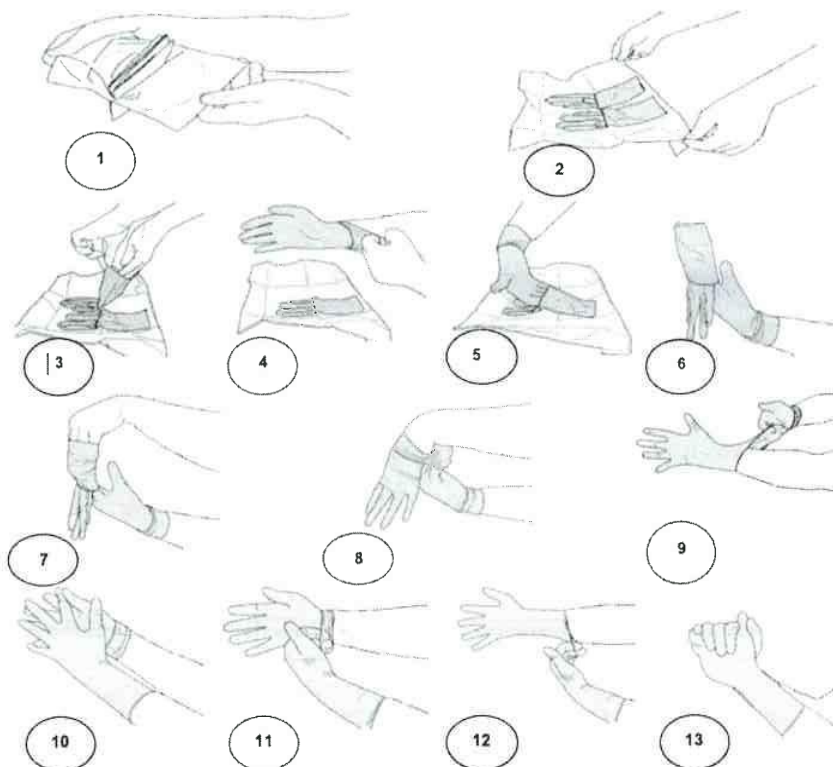
0	Mójese las manos con agua
1	Aplique en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos
2	Frótese las palmas de las manos entre sí
3	Frótese la palma de mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa
4	Frótese 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



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



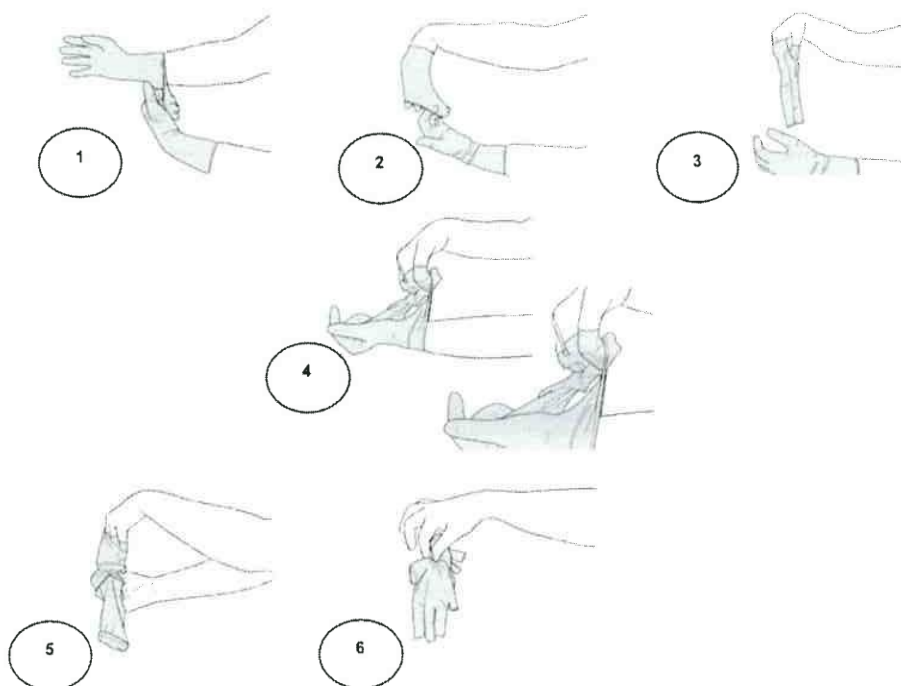
1	Verificar que el envase no esté roto. Abrir completamente el primer envoltorio no esterilizado para exponer el segundo envoltorio esterilizado, pero sin tocarlo
2	Colocar el segundo envoltorio esterilizado sobre una superficie seca y limpia sin tocar la misma. Abrir el envase y doblarlo hacia la parte 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.



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



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



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



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 descanulación 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



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.

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"> – Con Registro Sanitario vigente. – Con marca y/o modelo, con número de serie y/o lote. – 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. – Sistema volumétrico de ultrafiltración de ajuste automático y sodio variable. – 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"> ▪ Bicarbonato: En polvo o líquido. ▪ Ácido: En forma líquida. – 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. – Programas para desinfección química. – Bomba de heparina programable. – Bomba de sangre tipo rodillo ajustable o intercambiable. – Cable de alimentación a tierra y conexión directa al tomacorriente de la pared (sin transformador externo). – Con Filtro de retención de endotoxinas para el líquido de diálisis. <p>c) De las características técnicas de las máquinas de hemodiálisis de la sala de cebado:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Con Registro Sanitario vigente. – Con marca y/o modelo, con número de serie y/o lote. – Sistema de proporcionamiento automático para la mezcla de concentrado con el agua para diálisis basada en bicarbonato. – Sistema volumétrico de ultrafiltración de ajuste automático. – Control de temperatura del líquido de diálisis – Bomba de sangre tipo rodillo ajustable y/o intercambiable – Cable de alimentación a tierra y conexión directa al tomacorriente de la pared (sin transformador externo). <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"> – Todas las máquinas deben encontrarse operativas durante el periodo de ejecución del contrato. – 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"> ▪ 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



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. <ul style="list-style-type: none">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. 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> b) Equipos operativos y en buen estado de conservación: <ul style="list-style-type: none">Un (01) pulsioxímetro como mínimo.Un (01) monitor/desfibrilador portátil como mínimo con las siguientes características:<ul style="list-style-type: none">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).Debe contar con Registro sanitario	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																																																													



N°	EQUIPAMIENTO	CARACTERÍSTICAS
		<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con pantalla para observar los trazos de electrocardiograma (ECG). • Un (01) Laringoscopio como mínimo, con hojas curvas números 3 y 4, siendo opcional una hoja número 5. • Contar como mínimo con un (01) resucitador manual con bolsa de reservorio, una (01) mascarilla para adultos y una (01) mascarilla para pediátricos. • 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. • Un (01) aspirador de secreciones como mínimo, con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> - Que funcione a 120-240v sin transformador. - Con filtro bactericida, indicador de presión negativa. - Frasco recolector y cánulas se succión (estériles, atraumáticas, de calibre adecuado).
6.	Balanza electrónica	<ul style="list-style-type: none"> • Que permita el peso de pacientes en posición de pie y en silla de ruedas, con capacidad máxima de por lo menos 120 kg. • Con barandas que permitan al paciente sostenerse en caso lo requiera. • La balanza deberá contar con calibración vigente durante todo el periodo 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).
7.	Tensiómetro	<ul style="list-style-type: none"> • Tensiómetro anerode 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. • Se acepta adicionalmente el uso de un sistema de monitorización de presión arterial incorporado en las máquinas de hemodiálisis. • Los tensiómetros 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 Accreditation Cooperation (IAAC) o del Acuerdo de Reconocimiento Mutuo del International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC).
8.	Estetoscopio clínico	<ul style="list-style-type: none"> • En sala de hemodiálisis (uno por módulo y según condición serológica de los pacientes) y 01 en consultorio médico.
9.	Sistema de oxígeno de uso clínico	<ul style="list-style-type: none"> • 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). • Opcional: Sistema de Red de Oxígeno empotrado con abastecimiento mínimo de 10 m³
10.	Equipo de esterilización	<ul style="list-style-type: none"> • Que garantice la esterilización de instrumental de cirugía menor y material médico, de acuerdo a normativa vigente. • Debe contar con indicadores de calidad de esterilización. • Debe encontrarse en buen estado de conservación e higiene. • 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



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"> • 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). • Designadas para el almacenamiento de productos a temperaturas entre 2°C y 8°C. • Con capacidad de almacenamiento de acuerdo a su adquisición de productos farmacéuticos. En buen estado de higiene y conservación • 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. • 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. • 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. • Debe contar con el registro de temperatura por turno de atención, firmado y sellado por el profesional responsable (se recomienda licenciada de enfermería).
12.	Sistema de tratamiento de agua	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Alimentador de agua potable</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. ✓ Dos (02) Electrobombas. ✓ Con Tablero eléctrico de alternancia para las bombas. ✓ Tanque hidroneumático o tablero electrónico para sistema de presión constante. b) <u>Pre-tratamiento:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Filtro de Sedimentos o Multimedia o partículas ✓ Dos (02) Ablandadores o descalcificadores alternados (expresado como dos, doble o twin), con tanque de salmuera para regeneración de resina. ✓ Filtro de carbón activado (debe ir colocado después del ablandador), debe estar dimensionado para garantizar un valor cero de cloro en el agua.



C. MESTAS



G. CARLOS

N°	EQUIPAMIENTO	CARACTERÍSTICAS
		<p>c) <u>Tratamiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipo o sistema de osmosis inversa, de paso simple o doble paso que produzca agua tratada con conductividad menor de cinco (5) $\mu\text{S}/\text{cm}$ a 20°C, (El conductímetro del panel debe estar calibrado). ✓ Antes del equipo de osmosis se debe instalar un filtro de hasta cinco (5) μm (opcionalmente filtros en cascada de 5 μm y de 1 μm en serie). ✓ Estación de limpieza, con electrobomba de acero inoxidable, tanque de material inerte y accesorios para la recirculación. <p>d) <u>Almacenamiento</u> (véase nota 16)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tanque de almacenamiento de agua tratada, de material inerte, con base cónica. ✓ Con Filtro hidrofóbico de venteo de 0.2 μm. ✓ 02 Electrobombas multietapa de acero inoxidable. ✓ Tablero eléctrico de alternancia para las 02 bombas. ✓ Tanque hidroneumático o sistema de presión constante. ✓ Válvula de alivio. ✓ A la salida del tanque de almacenamiento y después de las bombas se debe instalar un filtro absoluto de 0.45 μm, un equipo de luz ultravioleta y un filtro absoluto de 0.2 μm. <p>e) <u>Anillos de distribución</u></p> <ol style="list-style-type: none"> i. 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. ii. 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. iii. 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. <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"> - Tanque de almacenamiento de agua tratada - Osmosis de un solo paso - Lámpara de luz ultravioleta
13.	Conductímetros	<ul style="list-style-type: none"> • 01 conductímetro para medir la conductividad del agua tratada en micro siemens y 01 conductímetro para medir la conductividad del líquido de diálisis en mili siemens. Los conductímetros 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



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"> • 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. • 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. • Debe contar con ducto hermético de eliminación de gases al exterior. • Debe contar con extractores de aire en el área donde está instalado. • 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.
15.	Sistema de inyección y extracción de aire	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
16.	Equipos informáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Debe contar con los equipos informáticos requeridos por la Entidad Contratante (véase nota 17).
17.	Extintores contra incendios	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos: <ul style="list-style-type: none"> i. Polvo químico seco (PQS), para fuego de tipo A, B y C, para áreas de almacenes y administrativas. ii. Gas carbónico (CO₂) para sala de hemodiálisis. • Los extintores deben contar con certificado de mantenimiento, recarga y prueba hidrostática vigentes.



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

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"> • Con ventilación e iluminación adecuada. • Que permita el acceso y estancia de personas en sillas de ruedas. • Debe contar con mobiliario cómodo, que permita su fácil limpieza y desinfección • Debe cumplir con las recomendaciones para la organización de áreas en contacto con pacientes con COVID-19, según normativa vigente
2.	Sala de Hemodiálisis	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Puesto de hemodiálisis <ul style="list-style-type: none"> - Superficie mínima de 6 m² por cada puesto de diálisis, con una separación mínima de 0.6 metros laterales con sillones extendidos. - La separación mínima entre sillones de puestos frontales debe ser como mínimo de 1.5 metros lineales con sillones extendidos. - La separación mínima entre el sillón y la máquina de hemodiálisis debe ser como mínimo 30 cm. - 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. • Lavatorios para el lavado de manos: <ul style="list-style-type: none"> - 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. • Superficie de circulación: <ul style="list-style-type: none"> - Debe considerarse un mínimo de 15% adicional a la superficie total de los puestos de diálisis y estaciones de enfermería. • Estación de enfermería <ul style="list-style-type: none"> - Una por módulo, que permita la observación y comunicación directa con los pacientes a su cargo, con un área mínima de 4 m²
3.	Local aislado o sala de aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Cuenta con pisos de superficie no porosa, de alto tránsito, antideslizante, resistente a químicos, de fácil limpieza y



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"> Cercano a la sala de hemodiálisis y con un área mínima de 12 m². Debe tener un lavatorio para el lavado de manos, equipado y operativo. 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.
5.	Sala de lavado de material bio contaminado	<ul style="list-style-type: none"> 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. 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. 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. 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.
6.	Sala de cebado de sistemas extracorpóreos	<ul style="list-style-type: none"> Con un área mínima de 6 m², debe contar con área única y con un número de máquinas de hemodiálisis operativas que garanticen un óptimo procedimiento de cebado. 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.	Área limpia	<ul style="list-style-type: none"> 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. Para el almacenamiento de ropa limpia (sábanas, frazadas, mandilones) necesaria para un día de tratamiento. Con mobiliario que permita su limpieza y desinfección.
8.	Cuarto limpio	<ul style="list-style-type: none"> Debe tener un área mínima de 4 m² Implementado con refrigeradora o conservadora para conservación de medicamentos y equipo para esterilización de material. Dispone de armarios y vitrinas para el almacenamiento de material limpio y/o estéril. Cuenta con un espacio para la preparación de material médico. Paredes y pisos revestidos o pintados con material que asegure su impermeabilidad y facilite su limpieza y



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"> • Para el almacenamiento temporal de ropa biocontaminada (sábanas, frazadas, mandilones). • Cuenta con separación física de otras áreas. • 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.	Cuarto biocontaminado (Almacenamiento central o final)	<ul style="list-style-type: none"> • Debe tener un área mínima de 2 m² 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. • 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.
11.	Sala de mantenimiento de máquinas	<ul style="list-style-type: none"> • Debe tener un área mínima de 4 m², cercana a la sala de hemodiálisis. • Por ningún motivo se dará mantenimiento a las máquinas fuera de la sala de mantenimiento. • 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.
12.	Sala de tratamiento de agua	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Debe estar alejada de cualquier zona contaminada. • Debe contar con abastecimiento de agua potable, sistema de alcantarillado, desagüe de la red pública.
13.	Almacén para materiales, insumos y dispositivos médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Para el almacenamiento de materiales, insumos y dispositivos médicos, contando con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> - Debe tener 6 m² por módulo como mínimo - Cuenta con un área para materiales, insumos y dispositivos médicos contaminados, adulterados, falsificados, alterados, expirados, en mal estado de conservación y otras observaciones sanitarias. - Las zonas adyacentes al almacén se mantienen limpias. - Se encuentra debidamente identificado - Cuenta con estantes y/o racks y/o anaqueles y/o parihuela y se encuentran en buen estado conservación e higiene. - 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. - Las ventanas y otros, se encuentran en buen estado de conservación e higiene. - Cuenta con rótulos que restringen el acceso al almacén solo a personas autorizadas.



N°	AMBIENTE/ÁREA	CARACTERÍSTICAS
		<ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con rótulos que prohíben comer, beber y fumar dentro del almacén. - Cuenta con instalaciones eléctricas en buenas condiciones. - Cuenta con aire de acondicionamiento y/o equipo de extracción de aire. - 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). - 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. - Cuenta con extintores y con carga vigente; cuenta con acceso despejado a los extintores. - Cuenta con detectores de humo. - Cuenta con indicador de temperatura.
14.	Almacén de productos farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none"> • Debe garantizar la conservación y almacenamiento de productos farmacéuticos, contando con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con un área para productos farmacéuticos contaminados, adulterados, falsificados, alterados, expirados, en mal estado de conservación y otras observaciones sanitarias. - Las zonas adyacentes al almacén se mantienen limpias. - Se encuentra debidamente identificado - Cuenta con estantes y/o racks y/o anaqueles y/o parihuela y se encuentran en buen estado conservación e higiene. - 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. - Las ventanas y otros, se encuentran en buen estado de conservación e higiene. - Cuenta con rótulos que restringen el acceso al almacén solo a personas autorizadas. - Cuenta con rótulos que prohíben comer, beber y fumar dentro del almacén. - Cuenta con instalaciones eléctricas en buenas condiciones. - Cuenta con aire de acondicionamiento y/o equipo de extracción de aire. - 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). - Los anaqueles y/o parihuelas, mantienen distancia con la pared, facilitando el manejo de los productos farmacéuticos y permite realizar la limpieza. - Cuenta con extintores y con carga vigente; cuenta con acceso despejado a los extintores. - Cuenta con detectores de humo. - Cuenta con indicador de temperatura.
15.	Área administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Con equipamiento administrativo, soporte informático y archivo convencional.



N°	AMBIENTE/ÁREA	CARACTERÍSTICAS
16.	Servicios higiénicos exclusivos para pacientes	<ul style="list-style-type: none"> 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. 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.
17.	Servicio higiénico para el local aislado.	<ul style="list-style-type: none"> 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. 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. Este servicio higiénico puede estar fuera de dicho local a una distancia que no comprometa la seguridad ni el confort del paciente. 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.
18.	Servicios higiénicos personales de la IPRESS.	<ul style="list-style-type: none"> 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. Con dispensador de jabón accionado a pedal, dispensador de papel toalla o secador de manos automático, equipados y operativos.
19.	Vestuario personal.	<ul style="list-style-type: none"> Con casilleros de acuerdo al número de personas que trabajan en la UPS de hemodiálisis.
20.	Comedor para personal.	<ul style="list-style-type: none"> 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.
21.	Cuarto de limpieza.	<ul style="list-style-type: none"> Con mobiliario para almacenar los materiales utilizados para la limpieza y desinfección de la IPRESS de hemodiálisis. Con la presencia de lavadero/poza. 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.



- 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.

- 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.



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).



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.





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>



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) conductímetros
 - 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.

- 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.



PRECISIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO CON RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LA FICHA DE HOMOLOGACIÓN.

1. Descripción General

- Pacientes procedentes de los Hospitales de la Red Asistencial Moyobamba de EsSalud
- Unidad de Medida: Sesiones
- Total de sesiones de hemodiálisis por 24 meses: 12,480
- Se considera 13 sesiones de hemodiálisis mensuales por paciente.

2. Admisión de Pacientes

La asignación de pacientes:

Paciente Nuevo

- a) El Hospital I Alto Mayo Moyobamba verifica la vigencia del derecho de cobertura del seguro a través de la Plataforma de Atención al Asegurado y/o representante de la Oficina de Seguros.
- b) El Hospital I Alto Mayo Moyobamba verifica la identidad del paciente (autenticación biométrica) y las condiciones administrativas para la asignación a IPRESS contratadas.
- c) El Hospital I Alto Mayo Moyobamba presenta los cupos disponibles al paciente (IPRESS contratada, frecuencia, turno y fecha de inicio de sesiones). Entrevista al paciente y realiza su filiación en los sistemas de EsSalud y deriva al paciente a través de la referencia o extensión de referencia a la IPRESS contratada.

Paciente Reingresante

- d) Pacientes con retorno a las IPRESS contratadas con mayor de quince (15) días de ausencia.
- e) El Hospital I Alto Mayo Moyobamba verifica la vigencia del derecho de cobertura del seguro a través de la Plataforma de Atención al Asegurado y/o representante de la Oficina de Seguros.
- f) El Hospital I Alto Mayo Moyobamba verifica la identidad del paciente a través de la autenticación biométrica y las condiciones administrativas para la asignación a IPRESS contratadas, presenta los cupos disponibles al paciente (IPRESS contratada, frecuencia, turno y fecha de inicio de sesiones).
- g) El Hospital I Alto Mayo Moyobamba presenta los cupos disponibles al paciente (IPRESS contratada, frecuencia, turno y fecha de inicio de sesiones). Entrevista al paciente y realiza su filiación en los sistemas de EsSalud y deriva al paciente a través de la referencia o extensión de referencia a la IPRESS contratada.

3. Recepción de Pacientes

- a) La IPRESS contratada comunica inmediatamente a la Jefatura del Servicio Médico Quirúrgico del Hospital I Alto Mayo Moyobamba, al correo electrónico: maria.caror@essalud.gob.pe, cuando un paciente deja de asistir a tres (03) sesiones de hemodiálisis de forma continua, la IPRESS contratada espera la comunicación del Hospital I Alto Mayo Moyobamba vía correo electrónico para la liberación del cupo.
- b) El Hospital I Alto Mayo Moyobamba verifica la vigencia del derecho de cobertura del seguro a través de la Plataforma de Atención al Asegurado y/o representante de la Gerencia Central de

Seguros y Prestaciones Económicas.

- c) El Hospital I Alto Mayo Moyobamba verifica la identidad del paciente a través de la autenticación biométrica y las condiciones administrativas para la asignación a IPRESS contratadas a los pacientes nuevos y reingresantes.
- d) Cuando un paciente pierde su condición de afiliado a EsSalud, la IPRESS contratada comunica inmediatamente a la Jefatura del Servicio Médico Quirúrgico del Hospital I Alto Mayo Moyobamba, al correo electrónico maria.caror@essalud.gob.pe.
- e) Cuando la IPRESS contratada toma conocimiento de la existencia de un paciente con enfermedad infectocontagiosa y comunica inmediatamente a la Unidad de Inteligencia Sanitaria a través del correo: herman.diaz@essalud.gob.pe

4. Registros y reportes del Servicio Brindado.

- a) No se requieren otros formatos de historia clínica adicionales a los señalados en la ficha de homologación.
- b) 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.
 - El Hospital I Alto Mayo Moyobamba 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 la IPRESS (personal de limpieza) Anexo N° 20-C
 - Registro de utilización de insumos de limpieza (personal de limpieza). Anexo N° 20-D.
 - Control de ciclos de esterilización a vapor. Anexo N° 21-A. Control de test de vacío y Bowie and Dick. 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 el/la directora (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, riesgo y caso seroconversiones.
 - ✓ Indicadores de dosis (Kt/v / TRU) y Tiempo de Diálisis (Pacientes con tiempo de diálisis de 4 horas, de 3 horas 45 min y; 3 horas 30min).
 - ✓ Indicadores de Monitorización de acceso vascular para Hemodiálisis.
 - Tasa de bacteriemia asociada a catéteres venosos centrales de la a permanencia, elaborado por el Enfermero a jefe. Anexo N° 24-A
 - Consolidado de reporte de episodio de BRC asociado a CVCLP, elaborado por el/la enfermero (a) jefe. Anexo N° 24-B.
 - Informe de ejecución del plan de capacitación continua de personal y educación del

- paciente y familiar, elaborado por el/la enfermera (a) Jefe. Anexo N° 25.
- Reporte de vigilancia primaria del acceso vascular, elaborado por el/la enfermero(a) jefe. Anexo N° 12
 - Informe mensual de evaluación nutricional, elaborado por el/la licenciado(a) en nutrición. Anexo N° 26.
 - Reporte consolidado de atención psicológica, elaborado licenciado (a) en psicología. Anexo N° 27.
 - Reporte consolidado de atención social, elaborado por el/la licenciado (a) en trabajo social. Anexo N° 28.
 - Planilla de producción de hemodiálisis. Anexo N° 29.
 - Formato de programación de personal, suscrito por el director(a) médico, administrador(a) y enfermero(a) jefe. Anexo 30

Todos los formatos son verificados e implementados para aplicación del Comité de Supervisión de Hemodiálisis de la Red Asistencial Moyobamba de la siguiente manera:

- 4.1. Los Formatos de los Anexos N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7-A, 7-B, 8, 9- A, 9-B, 9-C, 10,11, 13,14, 20-A, 20-B, 20-C, 20-D, 21-A, 21-8, 21-C, son solicitados y verificados durante la visita de supervisión de la Red Asistencial Moyobamba.
- 4.2. La IPRESS contratada remite mensualmente al Hospital I Alto Mayo Moyobamba 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.
- 4.3. 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 Oficina de Administración a través de correo electrónico.
- 4.4. La IPRESS contratada remite los formatos del Anexo N° 30-A y 30-B, a la Oficina de Administración de la Red Asistencial Moyobamba en documento físico y digital, dentro de los cinco (05) últimos días del mes precedente.
- 4.5. La IPRESS contratada reporta mensualmente y de forma obligatoria a la Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hospital I Alto Mayo Moyobamba, la información requerida para el Registro Nacional de Diálisis - RENDES, el 3er martes del mes siguiente, en formato exportable y vía correo electrónico: herman.diaz@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 Registro Nacional de Diálisis de ESSALUD".
- 4.6. La IPRESS contratada informa al Hospital I Alto Mayo Moyobamba sobre 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.
- 4.7. El Hospital I Alto Mayo Moyobamba podrá requerir informes procedentes de la autoridad sanitaria nacional de salud relativos a la emergencia sanitaria por desastres naturales, pandemias u otros que amenacen o afecten la salud pública, ejemplo: Inmunizaciones.
- 4.8. El Hospital I Alto Mayo Moyobamba realiza los exámenes de laboratorio a los asegurados de EsSalud para el control de la calidad del servicio a través de los indicadores Kt/W y TRU, por lo que las IPRESS contratadas deben registrar los valores de parámetros clínicos mensuales hasta los siete (07) 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 ultrafiltrado (en litros), en el Sistema Integral de Servicios Contratados V3.2 - SISC de forma mensual, para el cálculo de los indicadores por parte de las IPRESS contratadas y la validación posterior del Hospital I Alto Mayo Moyobamba.

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

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 el Sistema Integral de Servicios Contratados V3.2 de manera mensual, remitidos al Hospital I Alto Mayo Moyobamba hasta los siete (07) días hábiles del mes siguiente.

$$Kt/W = - \ln (R - 0,008 \times t) + \{4 - 3,5 \times R\} \times UF/P$$

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

4.9. Requerimiento de reporte de exámenes de laboratorio (Anexo N°31):

- ✓ El Hospital I Alto Mayo Moyobamba realiza los exámenes de laboratorio a los asegurados de EsSalud que se dializan en las IPRESS contratadas, según tipo de exámenes y frecuencias programadas en el cuadro del Anexo N° 32 y cuenta con resultados.
- ✓ La IPRESS contratada remite mensualmente al Hospital I Alto Mayo Moyobamba, en forma física y a través de Mesa de Partes, hasta los siete (07) días hábiles del mes siguiente, los resultados microbiológicos (cultivo con resultados cuantitativo de unidades formadoras de colonias (UFC/ml) de heterótrofos en el líquido de diálisis de una muestra al azar a dos (02) máquinas de hemodiálisis en forma rotativa, al final de un año todas las máquinas tienen por lo menos una evaluación microbiológica.
- ✓ La IPRESS contratada remite mensualmente al Hospital I Alto Mayo Moyobamba en forma física y a través de Mesa de Partes, hasta los siete (07) días hábiles del mes siguiente, los resultados del nivel de endotoxinas en agua tratada a la salida de ósmosis inversa, al inicio y final del anillo de distribución.

4.10. 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, pudiendo ser de conocimiento del comité de supervisión.

5. Calidad de Atención

- Remite mensualmente al Hospital I Alto Mayo Moyobamba reportes sobre la cantidad de reclamos atendidos, discriminados por causa y soluciones, en físico, a través de Mesa de Partes, hasta los siete (07) días hábiles del mes siguiente. El Hospital I Alto Mayo Moyobamba efectuará seguimiento a los reclamos en proceso de atención o no atendidos.
- La IPRESS contratada realiza la evaluación semestral de la satisfacción del usuario externo de acuerdo a lo señalado en la Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA y modificatorias e informa al Hospital I Alto Mayo Moyobamba 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.

- El Hospital I Alto Mayo Moyobamba 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° 6: La entidad contratante debe indicar otras normativas y documentos, en caso lo requiera, en la elaboración de su requerimiento. El Hospital I Alto Mayo Moyobamba requiere de otras normativas para la atención del paciente, descritas en el Anexo N° 33.

6. Aspectos Relacionados a la Atención del Paciente

a) Reporte de seroconversión:

- La IPRESS contratada reportará a la Unidad de Inteligencia Sanitaria (UIS) del Hospital I Alto Mayo Moyobamba, 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) en un plazo no mayor de 48 horas de recibido el resultado, a través del correo electrónico: herman.diaz@essalud.gob.pe
- La IPRESS contratada toma acciones de aislamiento (sectorización) oportuna.
- La UIS realiza investigación epidemiológica de caso, de ser necesario realiza una investigación in situ a través de una comisión con representantes del área.
- La UIS realiza un Informe y remite a las áreas involucradas las recomendaciones del caso.
- De acuerdo a las recomendaciones las áreas involucradas realizan el monitoreo de la implementación de las recomendaciones. La UIS realiza el monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones.

b) El Hospital I Alto Mayo Moyobamba realiza el control de las prestaciones en el marco del Plan Anual de Supervisión a través del Comité de Supervisión de Hemodiálisis, emplea instrumentos de verificación que permiten constatar que la prestación del servicio de hemodiálisis se realice conforme a la normativa vigente.

7. Medidas de Control Durante la ejecución contractual

El Control se realizará a través de dos modalidades:

- a) De Campo o de manera presencial a través de visita inopinada de control mensual, para verificar 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 el Hospital I Alto Mayo Moyobamba. El Comité de Supervisión de Hemodiálisis solicita información de abastecimiento de los diferentes insumos, materiales y medicamentos del coche de paro (Anexo N°32), 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.
- El Hospital I Alto Mayo Moyobamba 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 Hospital I Alto Mayo Moyobamba 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 Comité de Supervisión de Hemodiálisis durante las visitas inopinadas de control.
 - El Hospital I Alto Mayo Moyobamba 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 Comité de Supervisión de Hemodiálisis elabora un informe de las observaciones, hallazgos y recomendaciones efectuadas durante la visita.
- b) 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 se dializan en las IPRESS contratadas, según tipo de exámenes y frecuencias programadas en el cuadro del Anexo N° 32. El personal asignado del Laboratorio del hospital Alto Mayo acude a las IPRESS contratada para la toma de muestra de exámenes laborales solicitados a los pacientes.
 - Realizan el control de los resultados de los exámenes de laboratorio para estudio microbiológico y el nivel de endotoxinas (agua para diálisis y líquido de diálisis) realizados por laboratorios externos, que las IPRESS contratadas remiten mensualmente.
 - El Hospital I Alto Mayo Moyobamba no se exenta de realizar estos controles de manera periódica y en forma aleatoria.
- c) 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 Comité de Supervisión 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 5 días calendarios con el cronograma de implementación, sin perjuicio de la aplicación de la penalidad a que hubiere lugar de ser el caso.

8. Conformidad de la Prestación

La conformidad del servicio se realiza en tres momentos:

8.1 Previo al procedimiento de conformidad del servicio el Hospital I Alto Mayo Moyobamba realizará la validación de la documentación de las sesiones de hemodiálisis según el siguiente procedimiento:

8.1.1. El Hospital I Alto Mayo Moyobamba comunicará vía correo electrónico el cronograma para la presentación de la documentación.

8.1.2. La IPRESS contratada remitirá la documentación solicitada a través de Mesa de Partes en formato físico, 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.

8.1.3. El Hospital I Alto Mayo Moyobamba emitirá un Acta de Validación de Cierre de Sesiones de Hemodiálisis con la cantidad de sesiones mensuales.

8.1.4. El Hospital I Alto Mayo Moyobamba se reserva el derecho de efectuar controles posteriores y de corresponder proceder administrativamente con descuentos adicionales de ser el caso.

8.2. La recepción de los documentos para la conformidad de las prestaciones del servicio se realiza mensualmente y corresponde a las atenciones brindadas en el mes anterior y considerado para la conformidad según el procedimiento establecido por EsSalud.

La IPRESS contratada presentará al Hospital I Alto Mayo Moyobamba hasta los once (11) días hábiles, a través de Mesa de Partes en formato físico, dos expedientes originales firmados, foliados y sellados por el Director Médico para la conformidad del servicio, que contiene los siguientes documentos:

- ✓ Formato de Control de Diálisis (FCD)
- ✓ Planillas de producción de hemodiálisis Anexo N° 29.
- ✓ Copia del cargo de presentación de informes y reportes mensuales.
- ✓ Copia de orden de compra del contrato correspondiente de la IPRESS.
- ✓ Planilla de Tiempo de diálisis, Planilla KTV.
- ✓ Copia del Acta de Validación de Cierre de Sesiones de Hemodiálisis firmado por el Director Médico
- ✓ Otros documentos que el Hospital alto Mayo determine.

8.3. El Hospital I Alto Mayo Moyobamba para emitir la conformidad del servicio consolidará la siguiente documentación:

- Informe del Comité de Supervisión de Hemodiálisis en visita inopinada a la IPRESS contratada.
- Copia del cargo de recepción de los Informes mensuales presentados por la IPRESS (Director Técnico, Jefe de Enfermeras, Nutrición, Psicología y Trabajo Social).
- Informe de Indicadores de Calidad del Servicio Contratado (Tiempo de diálisis, Kt/V y Calidad de Agua).
- Informe de medidas correctivas para mejorar calidad de agua, de ser el caso.
- Informe de la Jefatura
- Otros Informes que el Hospital Alto Mayo determine.

9. Lugar y Plazo de Prestación del Servicio

Lugar

El servicio contratado deberá ser brindado en el ámbito geográfico de la ciudad de Moyobamba - departamento de San Martín, para garantizar la óptima prestación con oportunidad y accesibilidad al usuario cuidando su estado de conservación física y mental del paciente.

Plazo

La IPRESS contratada deberá contar con la operatividad de todos los servicios contratados dentro de plazo de la prestación del servicio por el periodo de 730 días calendarios o el equivalente de 24 meses, el mismo que se computa desde la fecha que se establezca en el contrato, en concordancia en lo establecido en el expediente de contratación.

10. Forma de Pago

"El pago se realizará mensualmente, previa conformidad del área correspondiente en la Red Asistencial, de acuerdo a lo señalado en el artículo 171° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, modificado mediante D.S. 168-2020-EF. El pago se realizará de acuerdo a la cantidad de sesiones de hemodiálisis atendidas en el mes. Cabe precisar que, la presente contratación se rige bajo el sistema de contratación de precios unitarios.

Para el pago del servicio de las sesiones de hemodiálisis, el expediente debe contar con los siguientes documentos:

- Orden de servicio original.
- Factura Original, SUNAT y dos copias.
- De ser el caso: nota de débito.
- Conformidad de servicio.
- Informe técnico del servicio realizado.

11. Código De Ética

- El proveedor, se obliga a respetar los principios, deberes y prohibiciones establecidos en la Ley del Código de Ética de la Función Pública, Ley N° 27815, o norma que la reemplace; asimismo está obligado a respetar los principios, deberes y prohibiciones del Código de Ética del Seguro Social de Salud – ESSALUD, así como las normas vigentes sobre integridad, transparencia y lucha contra la corrupción, en la prestación de las actividades, servicios y/o bienes que corresponda realizar.
- Actuar conforme los valores institucionales de EsSalud, principios y deberes éticos, que aportan a una cultura de integridad pública en la Entidad, priorizando el interés público sobre el interés personal.
- A conocer y cumplir con los lineamientos del Sistema de Gestión Antisoborno, la Política Anticorrupción del Seguro Social de Salud- ESSALUD2 ; la Política Antísoborno de ESSALUD y su alcance; y la Política de regalos, cortesías, atenciones y beneficios similares en el Seguro Social de Salud - ESSALUD.
- Denunciar cualquier acto de corrupción que conozca con ocasión de la prestación de servicios, bienes y/o realización de actividades, conforme a las normas internas que emita EsSalud y cualquier otro acto que transgreda la normativa que rige la administración pública.
- A presentar suscrita la Declaración Jurada de Compromiso de Socios de Negocio de Antisoborno de ESSALUD, al momento de remitir su cotización.

12. Ética

El proveedor, se obliga a respetar los principios, deberes y prohibiciones establecidos en la Ley del Código de Ética de la Función Pública, Ley N° 27815, o norma que la reemplace; asimismo está obligado a respetar los principios, deberes y prohibiciones del Código de Ética del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

13. Compromiso Antisoborno:

- El proveedor, declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o

personas vinculadas a las que se refiere el 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 servicio a prestarse o bien a proporcionarse.

- Asimismo, se compromete a actuar en todo momento con integridad, a abstenerse de ofrecer, dar o prometer, regalo u objeto alguno a cambio de cualquier beneficio, percibido de manera directa o indirecta; a cualquier miembro del Consejo Directivo, funcionarios públicos, empleados de confianza, servidores públicos; así como a terceros que tengan participación directa o indirecta en la determinación de las características técnicas y/o valor referencial o valor estimado, elaboración de documentos del procedimiento de selección, calificación y evaluación de ofertas, y la conformidad de los contratos derivados de dicho procedimiento.
- Además, el proveedor se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y a denunciar, en base de una creencia razonable o de buena fe cualquier intento de soborno, supuesto o real, que tuviera conocimiento a través del Botón de denuncias en la página web de EsSalud y portal Web de la OFIN: <https://www.essalud.gob.pe/ofin/denunciastformulario/>
- De la misma manera, el proveedor es consciente que, de no cumplir con lo anteriormente expuesto, se someterá a la resolución contractual y a las acciones civiles y/o penales que la entidad pueda accionar.

14. Conflicto de Intereses

El proveedor, declara que durante la vigencia de la prestación se encuentra obligado a cumplir lo dispuesto en la Directiva de Gerencia General N°013-OFIN- ESSALUD-2018 "Directiva sobre conflicto de interés y actuación de integridad en el Seguro Social de Salud - ESSALUD debiendo observar el debido y transparente accionar que le corresponde al ejecutar las prestaciones requeridas. Asimismo, se encuentra obligado a informar sobre la existencia de personas que laboran en ESSALUD, con las que tuviera un vínculo de consanguinidad o afinidad, con empleados que laboran en la misma institución que pueda generar conflicto de intereses.

15. clausula anticorrupción y compromiso de integridad

- 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.

16. Precisiones y Aclaraciones de los supuestos de penalidades de la Ficha homologada:

Precisiones y aclaraciones con relación a los supuestos de aplicación de penalidad de la Ficha de Homologación indicados en los siguientes ítems:

ítem	Supuestos de aplicación de penalidad	Forma de cálculo	Procedimiento
1	<p>Ausencia en la IPRESS contratada de uno o más de los profesionales de acuerdo a los módulos de atención operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico Especialista (Nefrólogo) • Enfermera con Especialidad en Nefrología, Urología u otro similar. • Técnicos de Enfermería de Sala de hemodiálisis • Técnicos de Enfermería para Cebado y Almacenamiento de Dializadores. • Profesional en Mantenimiento de Máquinas (Ingeniero Electrónico Para brindar soporte a los equipos estratégicos descritos en el Anexo N°17 Cuadro 1 de Equipamiento de la Ficha de Homologación) 	(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.	Adicional a lo establecido en la ficha homologada se precisa que el Acta de Supervisión y Control del Comité designado para este servicio, será el instrumento de constatación del supuesto de aplicación de penalidad, cuyo informe será entregado al Jefe Médico Quirúrgico para anexar a la documentación de conformidad que luego será derivado al OEC para la ejecución de la penalidad.
6	<p>Recuento mensual de bacterias mayor a 100 UFC/ml en líquido de diálisis o mayor a 10 UFC/100 ml en líquido de diálisis ultra puro, en al menos en una máquina de hemodiálisis.</p>	(2%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud	El área usuaria verificará que los reportes presentados sean de un Laboratorio Acreditado y Certificado y de acuerdo a la Ley de Transparencia y normas de control y seguridad se podrá inspeccionar el procedimiento seguido. (*)
			(*) Aclaración: El Contratista o IPRESS contratada debe remitir mensualmente al Hospital I Alto Mayo en forma física y a través de Mesa de Partes, hasta los siete (07) días hábiles del mes siguiente, los resultados microbiológicos (cultivo con resultados cuantitativo de unidades formadoras de colonias (UFC/mL) de heterótrofos en el líquido

ítem	Supuestos de aplicación de penalidad	Forma de cálculo	Procedimiento
			de diálisis de una muestra al azar a dos (02) máquinas de hemodiálisis en forma rotativa, al final de un año todas las máquinas tienen por lo menos una evaluación microbiológica
7	<p>El Nivel de Endotoxinas en agua tratada en 0.25 UE/ml para agua purificada o mayor de 0.03 UE/ml en agua ultra pura, en al menos uno de los siguientes puntos de tomas de muestras:</p> <p>Salida de la ósmosis inversa.</p> <p>Al inicio de cada Anillo de distribución.</p> <p>Al final de cada Anillo de distribución.</p>	(2%) del monto total de la factura correspondiente al mes que se realizó el control de las prestaciones de salud	<p>Adicional a lo establecido en la ficha homologada se precisa:</p> <p>El Contratista o IPRESS contratada remite mensualmente al Hospital Alto Mayo en forma física y a través de Mesa de Partes hasta los siete (07) días hábiles del mes siguiente, los resultados del nivel de endotoxinas en agua tratada a la salida de la ósmosis inversa, al inicio y final del anillo de distribución.</p>

Con relación a lo mencionado en el Anexo N° 17 numeral 16) de Recursos a Ser Provistos por el Contratista de la Ficha Homologada, con relación a equipos Informáticos se precisa lo siguiente:

El contratista deberá contar con Equipamiento informático para las acciones de gestión, informes y reportes de las prestaciones a satisfacción de la Entidad de acuerdo al siguiente detalle:

- Computador con CPU, Monitor, teclado, Mouse (Hardware)
- Impresora Láser (Multifuncional, simple u otros)
- Software: Sistema operativo Windows 8 (64 bits) o superior, office 2016 y Antivirus actualizado
- Sistemas de Correo Electrónico corporativo o de dominio público, para remisión de información
- Comunicaciones de Internet mínimo de 10 Mb de subida (carga) y bajada (descarga)
- Aplicativo; la IPRESS contratada debe contar con un soporte informático propio o contratado que brinde atención técnica inmediata a los usuarios para el uso y atención que proporcione información estadística de la situación, diagnóstico y tratamiento del paciente hemodializado. (esta información puede ser solicitada en cualquier momento por el comité o personal de la Entidad)
- Este soporte informático debe cumplir los procedimientos de seguridad de la información en calidad de backups, de gestión de usuarios, gestión de accesos, etc.

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																												
		Amuda y retira las bolsas de desecho, contenedor rígido para punzo cortantes.																												
		No comprime las bolsas.																												
		Realiza lavado de manos y cambio guantes.																												
		Realiza manejo de papel y residuos sólidos.																												
			HORA FINAL																											
	Técnico en Enfermería	HORA DE INICIO																												
		Limpieza de máquinas y sillones.																												
		Lavado de manos y calzado guantes.																												
		Limpieza de cochas, tambores, pizetas y lesiónómetros.																												
		Desecha guantes y lavado de manos.																												
			HORA FINAL																											
	Personal de Limpieza	HORA DE INICIO																												
		Aplica el desinfectante sobre el piso, inicio de la zona 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.

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	UMP. 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	Coche de paro																														
	Refrigeradora para muestras.																														
	Frascos humidificadores																														
	Riñoneras																														
	Tabillas																														
	Féculas																														
	Tambores																														
	Pizetas																														
Vitrinas																															
	Personal Responsable																														
SALA DE LAVADO DE MATERIAL BIOCONTAMINADO	Contenedores para el lavado de riñoneras, equipos de curación, tabillas.																														
	Repisa o mesa.																														
	Personal Responsable																														
SALA DE CEBADO	Máquina (Desinfecc. interna).																														
	Máquina (Desinfecc. externa)																														
	Estantes, vitrinas																														
	Contenedores para el transporte de sistemas extracorpóreos cebados.																														
	Personal Responsable																														
CUARTO LIMPIO	Contenedores, mesa, estante y/o vitrina.																														
	Equipo de esterilización.																														
	Refrigeradora para medicamentos																														
	Personal Responsable																														
SALA DE OBSERVACION	Coche, camilla, soporte de suero, biombo.																														
	Personal Responsable																														
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: _____		ACTIVIDADES DIARIAS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA IPRESS (PERSONAL DE LIMPIEZA)																																
MES/AÑO: _____		ACTIVIDADES PROGRAMADAS		DIAS																														
ORDEN	ACTIVIDAD	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			
DIARIAS (Limpieza rutinaria)																																		
1	Sala de espera/ consultorio/ sala de observación																																	
2	Sala de recepción de pacientes																																	
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 mar. Biocontaminado																																	
6	Área Biocontaminada y Cuarto Biocontaminado																																	
7	Contenedores de almacenamiento de ropa biocontaminada																																	
8	Contenedores de residuos comunes, biocontaminados y especiales del cuarto biocontaminado																																	
9	Cuarto Limpio/ Área Limpia																																	
10	Sala de tratamiento de agua / sala de máquinas																																	
11	Almacén/ vestuario y comedor																																	
12	Administración																																	
13	Escritorios, mesas, archiveros, gabinetes																																	
14	Cuarto de limpieza																																	
SEMANAL: Limpieza profunda																																		
15	Ventanas/ Rejas																																	
16	Puertas, divisiones y paredes																																	
17	Servicios higiénicos																																	
18	Pisos, paredes y techos																																	
19	Unidad/ Candelas																																	
20	Jardines o áreas circundantes																																	
MENSUAL: Limpieza profunda																																		
21	Vidrios por el exterior																																	
22	Techos externos e internos																																	
23	Paredes y pisos de todo el establecimiento																																	
24	Lámparas y/o fluorescentes																																	
25	Inyectoras y extractores																																	

FIRMA Y SELLO DE PERSONAL QUE VERIFICA

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-

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	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	31
DETERGENTE	GRAMOS																															
HIPOCLORITO 1%	LITROS																															
PINO	LITROS																															
TRAPEADORES	UNIDAD																															
PAÑOS	UNIDAD																															
BOLSAS ROJAS 50 LITROS	UNIDAD																															
BOLSAS NEGRAS DE 50 LITROS	UNIDAD																															
BOLSAS AMARILLAS DE 50 LITROS	UNIDAD																															
BOLSAS ROJAS DE 170 LITROS	UNIDAD																															
BOLSAS NEGRAS DE 170 LITROS	UNIDAD																															
BOLSAS 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:					AUTOCLAVE:	
CONTROL DE CICLOS DE ESTERILIZACION A VAPOR						
PROGRAMAS : (1) Gomas, caucho, Latex, Jabes , Superficies (2) textil (3) Instrumental (4) De vacío (5) B&D					FECHA:	
					ENFERMERA RESPONSABLE:	
N° CICLO	PROGRAMA	OPERADOR DE CARGA	HORA DE INICIO	MATERIAL	REGISTRO FISICO	
PARAMETROS		OPERADOR DE DESCARGA	HORA DE TERMINO			
TEMPERATURA:						
Presión(mmHg, Bar, Kps)						
Tiempo:						
INDICADOR DEL PAQUETE						
OBSERVACIÓN						
IPRESS:					AUTOCLAVE:	
CONTROL DE CICLOS DE ESTERILIZACION A VAPOR						
PROGRAMAS : (1) Gomas, caucho, Latex, Jabes , Superficies (2) textil (3) Instrumental (4) De vacío (5) B&D					FECHA:	
					ENFERMERA RESPONSABLE:	
N° CICLO	PROGRAMA	OPERADOR DE CARGA	HORA DE INICIO	MATERIAL	REGISTRO FISICO	
PARAMETROS		OPERADOR DE DESCARGA	HORA DE TERMINO			
TEMPERATURA:						
Presión(mmHg, Bar, Kps)						
Tiempo:						
INDICADOR DEL PAQUETE						
OBSERVACIÓN						
IPRESS:					AUTOCLAVE:	
CONTROL DE CICLOS DE ESTERILIZACION A VAPOR						
PROGRAMAS : (1) Gomas, caucho, Latex, Jabes , Superficies (2) textil (3) Instrumental (4) De vacío (5) B&D					FECHA:	
					ENFERMERA RESPONSABLE:	
N° CICLO	PROGRAMA	OPERADOR DE CARGA	HORA DE INICIO	MATERIAL	REGISTRO FISICO	
PARAMETROS		OPERADOR DE DESCARGA	HORA DE TERMINO			
TEMPERATURA:						
Presión(mmHg, Bar, Kps)						
Tiempo:						
INDICADOR DEL 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.

ANEXO N° 21 B

CONTROL DE TEST DE VACÍO Y BOWIE AND DICK

IPRESS:					AUTOCLAVE:	
CONTROL DE TEST DE VACÍO						FECHA:
PROGRAMAS: (1) Gomas, caucho, Latex, Jabes, Superficies						ENFERMERA RESPONSABLE:
(2) textil (3) Instrumental (4) De vacío (5)B&D						
N° CICLO	PROGRAMA	OPERADOR DE CARGA	HORA DE INICIO	MATERIAL	REGISTRO FISICO	
				Test de Vacío		
PARAMETROS		OPERADOR DE DESCARGA	HORA DE TERMINO			
TEMPERATURA:						
Presión(mmHg, Bar, Kps)						
Tiempo:						
INDICADOR DEL PAQUETE						
OBSERVACIÓN						
IPRESS:					AUTOCLAVE:	
CONTROL DE TEST DE BOWIE AND DICK						FECHA:
PROGRAMAS: (1) Gomas, caucho, Latex, Jabes, Superficies						ENFERMERA RESPONSABLE:
(2) textil (3) Instrumental (4) De vacío (5)B&D						
N° CICLO	PROGRAMA	OPERADOR DE CARGA	HORA DE INICIO	MATERIAL	REGISTRO FISICO	
				Test de Bowie and Dick		
PARAMETROS		OPERADOR DE DESCARGA	HORA DE TERMINO			
TEMPERATURA:						
Presión(mmHg, Bar, Kps)						
Tiempo:						
INDICADOR DEL 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.

ANEXO N° 21 C

REGISTRO DE PREPARACIÓN DE MATERIAL Y EQUIPO MÉDICO REUTILIZABLE

REGISTRO DE PREPARACION DE MATERIAL MEDICO/EQUIPO REUTILIZABLE																																
IPRESS: _____																																
MES/AÑO: _____																																
		DIAS																														
MATERIAL MEDICO/EQUIPO REUT	UNIDAD DE MEDIDA	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
RIÑONERAS	UNIDAD																															
EQUIPOS DE CURACIÓN	UNIDAD																															
GASAS HEMOSTÁSICAS	UNIDAD																															
GASAS P O S	UNIDAD																															
GASA PHC	UNIDAD																															
CONECTORES	UNIDAD																															
PROTECTOR DE TRANSDUCTOR	UNIDAD																															
CAMPOS	UNIDAD																															
KIT CVC	UNIDAD																															
FIRMA DEL RESPONSABLE																																

ANEXO N°22

REPORTE DE SEGUIMIENTO DE SEROCONVERSION Y TRANSAMINASAS,
SEROLOGIA, FACTORES DE RIESGO PARA SEROCONVERSION

REPORTE DE SEGUIMIENTO DE SEROCONVERSION Y DE TRANSAMINASAS, SEROLOGÍA, FACTORES DE RIESGO PARA SEROCONVERSIONES									
IPRESS									
SEGUIMIENTO A LAS SEROCONVERSIONES MES DE									
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	MES DE LA SEROCONVERSION	EDAD	RED ASISTENCIAL	HOSPITALIZACION PREVIA	TRANSFUSIONES	DIALISIS CENTRO REFERENCIA	OTROS FACTORES DE RIESGO	FECHA INGRESO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	TRANS GOT	TRANS GPZ	TIEMPO DIALISIS	POLIM CHA REACT	FICHA EPIDEMIOLOGICA	CONCLUSION		
1									
2									
3									

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR MEDICO

ANEXO N°23
REPORTE DE SEGUIMIENTO 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 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 de cultivos de líquido 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		INDICADOR	META
II.1	Seroconversiones a hepatitis B	M A: tasa anual.	Tasa de seroconversiones a hepatitis B	0%
	Se consideran los casos de pacientes que positivizan el antígeno de superficie del VHB.			
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/W)	M		≥ 85%

	Se considera los pacientes que hayan completado un (01) mes de tratamiento en la IPRESS.		Porcentaje de pacientes de la IPRESS con resultado de Kt/V á 1.3.	
III.2	Tiempo de la sesión de hemodiálisis			
III.2.1	≥ 3.5 horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis	M	% de pacientes con promedio mensual k. 3.5 horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis.	≥ 95%
III.2.2	≥ 3.75horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis	M	% de pacientes con promedio mensual á 3.75 horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis.	≥ 55%
III.2.3	≥ 4 horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis	M	% de pacientes con promedio mensual ..>2. 4 horas de tratamiento por sesión de hemodiálisis	≥ 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 de 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.			
	Se considera para el denominador a todos los pacientes total de pacientes atendidos en que finalizan el mes.			
IV.1.1.2	Pacientes con disfunción de acceso definitivo para hemodiálisis vascular	M	% de pacientes con disfunción de acceso vascular definitivo para hemodiálisis.	
	Se considera para el numerador pacientes con Acceso Vascular disfuncional (Injerto y FAV)			
	Se considera para el denominador el total de pacientes con FAV e Injertos atendidos en el mes			
IV.1.1.3	Pacientes con CVC tunelizado para hemodiálisis disfuncional	M	% de pacientes con CVC tunelizado para hemodiálisis disfuncional.	
	Se considera para el numerador pacientes con CVC tunelizado disfuncional			

	Se considera para el denominador el total de pacientes con CVC tunelizado atendidos en el mes			
IV.1.1.4	<p>Pacientes con disfunción de acceso vascular para hemodiálisis referidos a su Hospital Nacional correspondiente</p> <p>Se considera para el numerador pacientes con accesos vasculares disfuncional (injerto y FAV). Referidos al Hospital Nacional</p> <p>Se considera para el denominador el total de pacientes con accesos vasculares disfuncional en el mes</p>	M	% de pacientes con disfunción de acceso vascular para hemodiálisis referidos a su Hospital Nacional correspondiente.	
IV.1.1.5	<p>Bacteriemia (aplicación Excel) asociada al uso de CVC tunelizado para hemodiálisis</p> <p>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.</p>	M	Tasa de Bacteriemia (aplicación Excel) asociada al uso de CVC tunelizado para hemodiálisis	< 1 episodio por 1000 pacientes - día
IV.1.1.6	<p>Infección de Orificio de Salida (IOS)</p> <p>Días Exposición: Días con Catéter Venoso Central en el año.</p> <p>Episodios de Infección OS: Numero de episodios reportados en el mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numerador: Episodios de Infección OS • Denominador: Días de exposición 	M	Tasa de Infección de Orificio de Salida (OS) (Episodios en un paciente año Estándar)	Para monitoreo de tendencia en el año

TASA DE BACTEREMIA ASOCIADA A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA PERMANENCIA

[illegible]

CONSOLIDADO DE REPORTE DE EPISODIOS DE BRC ASOCIADO A CVCLP

[illegible]

ANEXO N°25

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

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:													
MES: <input type="text"/> AÑO: <input type="text"/>													
PERSONAL													
N°	Tema Capacitación	DIA	MES	AÑO	Capacitación	DIA	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)

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

INFORME MENSUAL DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL

INFORME MENSUAL DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL																
INFORME MENSUAL DE NUTRICION																
CENTRO CONTRATADO																
NUTRICIONISTA A CARGO																
MES:												FECHA DE REPORTE:				
<div>N° pacientes casos problema (con diagnóstico de desnutrición en el mes)</div> <div>N° pacientes con OPE en el mes</div> <div>N° pacientes Nuevos</div> <div>N° parientes continuadores</div>																
N°	APELLIDO Y NOMBRES	DÍA / TURNO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EVALUACION	EDAD (años)	PESO (kg)	TALLA (m)	IMC (kg/m²)	% CMB EPT	% ALB (%)	EVALUC.DIETÉTICA			DIAGNOSTICO NUTRICIONAL	INTERVENCIÓN NUTRICIONAL	OBSERVACIONES
											MI S	ING CAL (CAL/KG)	ING.PROT (PROT/KG)			
NOTA: En la celda de paciente describir si es paciente caso problema (CP), paciente nuevo (N), paciente continuador (C)																
PERFIL NUTRICIONAL																
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL		Nº PAC		%												
OBESIDAD																
SOBRE PESO																
NORMAL																
DES NUTRICIÓN LEVE																
DES NUTRICIÓN MODERADA																
DES NUTRICIÓN SEVERA																
TOTAL																
<div>Firma y sello Nutricionista</div> <div>C.N.P.Nº.....</div> <div>VB, Director Médico</div>																

ANEXO N°28

REPORTE MENSUAL CONSOLIDADO DE LA ATENCIÓN SOCIAL

ESSALUD
CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL
OFICINA DE SERVICIOS CONTRATADOS - TRABAJO SOCIAL

REPORTE MENSUAL: CONSOLIDADO DE LA ATENCIÓN SOCIAL

FECHA: _____

IPRESS CONTRATADO : _____
TRABAJADOR SOCIAL: _____

REPORTE MENSUAL: CONSOLIDADO DE LA ATENCIÓN SOCIAL

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	FREC/ TURNO	EDAD	SEXO	NIVEL EDUCATIVO	DIAGNOSTICO SOCIAL DE ACUERDO AL CIE 10 RELACIONADO A PROBLEMAS :					SOCIAL MENTE ESTABLE	PARTICIPA EN EL CERPS EN EL CAM	PARTICIPA EN EL CAM	INSCRITOS AL CONADIS
						FAMILIAR	LABORAL	ECONOMICO	VIVIENDA	ESTILO DE VIDA				
1														
2														
2														
4														
5														

CUADRO RESUMEN

CONSOLIDADO	N°	%
PAC. SOCIALMENTE ESTABLES		
PAC. CON PROB DEL SOPORTE FAMILIAR		
PAC. CON PROB LABORALES		
PAC. CON PROB. ECONOMICOS QUE AFECTAN ITTO		
PAC. CON PROB DE VIVIENDA		
PAC. CON PROB DE ESTILOS DE VIDA INADECUADOS		
PAC. CON DISCAPACIDAD QUE REQUIERE SOPORTE		
PAC. CON PROB. DE SALUD QUE COMPLICAN SU TRAT.		
PAC. CON PROBLEMAS INSTITUCIONALES		
N° TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS		

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

PAC POR SEXO	N°	%
MASCULINO		
FEMENINO		
TOTAL		

NIVEL EDUCATIVO	N°	%
SIN INSTRUCCIÓN		
PRIMARIA		
SECUNDARIA		
TECNICO		
UNIVERSITARIO		
TOTAL DE PACIENTES		

N° de participantes en el CAM	%
N° de participantes en el CERP	
PAC. INSCRITOS AL CONADIS	
N° DE PARTICIPANTES	

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIO: _____

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR MEDICO DE LA IPRES

FIRMA Y SELLO DEL TRABAJADOR SOCIAL

ANEXO N°29

PLANILLA DE PRODUCCIÓN DE HEMODIÁLISIS

ANEXO J

PLANILLA DE PRODUCCIÓN DE HEMODIÁLISIS

IPRESS

PLANILLA DE PRODUCCIÓN MES AÑO

SECUENCIA :

TURNO I		FREC	CEROLOGIA	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	TOTAL					
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	FVS		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																																0	
2																																0	
3																																0	
4																																0	
5																																0	
6																																0	
7																																0	
8																																0	
9																																0	
10																																0	
11																																0	
12																																0	
13																																0	
14																																0	
SUB-TOTAL				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

TURNO II		FREC	CEROLOGIA	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	TOTAL					
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	FVS		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																																0	
2																																0	
3																																0	
4																																0	
5																																0	
6																																0	
7																																0	
8																																0	
9																																0	
10																																0	
11																																0	
12																																0	
13																																0	
14																																0	
SUB-TOTAL				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

TURNO III		FREC	CEROLOGIA	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	TOTAL					
N°	APELLIDOS Y NOMBRES	FVS		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																																0	
2																																0	
3																																0	
4																																0	
5																																0	
6																																0	
7																																0	
8																																0	
9																																0	
10																																0	
11																																0	
12																																0	
13																																0	
14																																0	
SUB-TOTAL				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

TOTAL FRECUENCIA: MARTES - JUEVES - SABADO		FREC	CEROLOGIA	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	TOTAL		
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	0
																													0	

TOTAL PLANILLA DE PROD.MES - AÑO		FREC	CEROLOGIA	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	TOTAL		
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	0
																													0	

RESUMEN: EN EL MES DE

SE REALIZARON

TRATAMIENTOS A

PACIENTES

ANEXO N°30

FORMATO DE PROGRAMACIÓN DE PERSONAL

FORMATO DE PROGRAMACIÓN DE PERSONAL																																
IPRESS																																
PROGRAMACIÓN DE PERSONAL MES - AÑO																																
DIA: FECHA:		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
		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
DIRECTOR MEDICO																																
1																																
MEDICOS																																
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
JEFATURA																																
1																																
COORDINADORA																																
1																																
ENFERMEROS																																
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
TECNICO DE ENFERMERIA																																
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
TECNICO DE CEBADO																																
1																																
2																																
3																																
TECNICO DE MANTENIMIENTO																																
1																																
2																																
PSICOLOGO																																
1																																
NUTRICIONISTA																																
1																																
ASISTENTE SOCIAL																																
1																																
ADMINISTRADOR																																
1																																
SECRETARIA																																
1																																
LIMPIEZA																																
1																																
2																																

Horario de atención de la IPRES	DE _____	HASTA LAS _____	
	MAÑANA		TARDE
Turno Asistencial	_____ a _____		_____ a _____
Turno de Tecnico de Mantenimiento	_____ a _____		_____ a _____
Turno de personal de Limpieza	_____ a _____		_____ a _____
Turno Director Medico	_____ a _____		_____ a _____
Turno Jefe de enfermería	_____ a _____		_____ a _____
Ingreso a las 8.00am	_____ a _____		_____ a _____
Turno Psicologo	_____ a _____		_____ a _____
Turno Nutricionista	_____ a _____		_____ a _____
Turno Asistencial Social	_____ a _____		_____ a _____
Turno Administrativo	_____ a _____		_____ a _____
HORARIO POR TURNO DE TRATAMIENTO	I TURNO _____ a _____	II TURNO _____ a _____	III TURNO _____ a _____
HORARIO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION	I TURNO _____ a _____	II TURNO _____ a _____	III TURNO _____ a _____
HORARIO DE ACONDICIONAMIENTO	I TURNO _____ a _____	II TURNO _____ a _____	III TURNO _____ a _____
Horario de Refrigerio	Desayuno: _____		Almuerzo: _____
Reunión Multidisciplinario	_/_/_		

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.

ANEXO N° 31

EXÁMENES DE LABORATORIO

Análisis	Basal		Mensual	Bimestral	Trimestral	Semestral	Anual
	Nuevos	Transferidos					
Hemograma, hemoglobina, hematocrito	X		X				
Proteína C reactiva	X				X		
Hierro	X				X		
Transferrina	X				X		
Ferritina	X				X		
Vitamina B12	X						X
Ácido fólico	X						X
Calcio	X			X			
Fósforo	X			X			
Fosfatasa alcalina	X				X		
Paratohormona intacta	X				X		
Pacientes sin tratamiento					X		
Pacientes en tratamiento inicial			X				
Pacientes en tratamiento de mantenimiento					X		
Ácido úrico	X						X
Urea prediálisis	X		X				
Urea postdiálisis			X				
Creatinina prediálisis	X				X		
Creatinina postdiálisis					X		
Proteínas totales	X				X		
Albúmina	X			X			
Colesterol total	X					X	

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA.**Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2**

Análisis	Basal		Mensual	Bimestral	Trimestral	Semestral	Anual
	Nuevos	Transferidos					
HDL colesterol	X					X	
LDL colesterol	X					X	
Triglicéridos	X					X	
TGP	X	X	X				
TGO	X	X	X				
Antígeno de Superficie Hepatitis B	X	X					
Pacientes Hepatitis B positivo							X
Pacientes Hepatitis B negativo no protegido				X			
Pacientes Hepatitis B negativo protegido							X
Anticuerpo Core total Hepatitis B	X	X					
Pacientes Ac HBc total negativo				X			
Pacientes Ac HBc total positivo							X
Anticuerpo Anti-Antígeno de superficie	X	X					
Pacientes Hepatitis B negativo no protegido				X			
Pacientes Hepatitis B negativo protegido						X	
Anticuerpo Hepatitis C	X	X					
Pacientes Hepatitis C negativo				X			
Pacientes Hepatitis C positivo							X
Paneles hepatitis B							

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA**Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2**

Análisis	Basal		Mensual	Bimestral	Trimestral	Semestral	Anual
	Nuevos	Transferidos					
Pacientes hepatitis B positivos nuevos			X				
Pacientes hepatitis B positivos seguimiento						X	
PCR del VHC							
Pacientes AcVHC positivos	X						
VDRL	X	X					X
VIH 1-2	X	X					X
Control microbiológico y endotoxinas							
Agua tratada a la salida de la osmosis			X				
Al final del anillo de distribución			X				
Toma de agua de la máquina de hemodiálisis			X				
Dosaje de aluminio en agua de osmosis							X

ANEXO N° 32

MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO DEL COCHE DE PARO
(Lista de medicamentos emitida por el Comité Farmacológico del CNSR)

Descripción	U.M	Cant
Adrenalina o Epinefrina 1 mg/ml	amp	5
Atropina 0.5 mg/ml	amp	5
Verapamilo 0.5 mg	amp	3
Lidocaina al 2% s/Epinefrina	arnp	2
Lanatosido C 0.4 mg	amp	3
Diazepam 10 mg/2ml	amp.	2
Amiodarona 150 mg	amp	2
Hidrocortisona 250 mg.	amp	2
Aminofilina 25 mg/ml	amp	2
Bicarbonato de Sodio al 8.40%	amp	5
Dextrosa 33% x 20 ml	amp	5
Cloruro de sodio 20 % x 20 ml	amp	5
Gluconato de Calcio al 10%	amp	5
Protamina sulfato ó clorhidrato 10 mg/ml ^	amp	2
Isosorbida Dinitrato 5mg.- sublingual	unidad	3
Cloruro de Sodio al 0.9%	frasco	1
Máscara oxígeno c/reservorio adulto desc	unidad	2
Cánula Orofaringea o Tubo de Mayo	unidad	2
Tubo endotraqueal descar. N° 7.5 mm	unidad	2
Tubo endotraqueal descar. N° 8 mm	unidad	1
Tubo endotraqueal descar. N° 8.5 mm	unidad	1
Guía para Intubación Endotraqueal	unidad	1
Gel conductor p/electrocardiograma 250ml	frasco	1
Catéter endovenoso perif. N° 18	unidad	2
Catéter endovenoso periférico N° 20	unidad	2
Llave de doble vía Descartable	unidad	2
Jeringa descartable 20 cc. con aguja	unidad	2
Jeringa descartable 10 cc. con aguja	unidad	2
Jeringa descartable 5 cc. con aguja	unidad	2
Equipo de Venoclisis	unidad	2
Guantes estériles	unidad	3
Sonda aspiración	unidad	3
Gasa Estéril 10x10cm	unidad	5
Electrodo con Gel Conductor con botón central	unidad	9

(*) Sulfato de protamina opcional

ANEXO N° 33**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 de 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

II. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

2.1. Capacidad Legal

2.1.1. Habilitación.

Requisitos:

El postor debe contar con:

- Inscripción vigente en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Categorización vigente emitida por la Unidad de Servicios de la Dirección de Salud de San Martín.
- No tener sanción vigente impuesto por SUSALUD, ni haber sido sancionado por ésta en los últimos 12 meses anteriores a la prestación del servicio de interés.

Acreditación:

- Copia del documento emitido por la autoridad competente y/o copia del Registro de Inscripción de la IPRESS – Hemodiálisis en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo otorgada por la Superintendencias Nacional de Salud (SUSALUD).
- Copia de la Resolución de Categorización vigente emitida por la Unidad de Servicios de la Dirección de Salud de San Martín.
- Declaración Jurada de No tener sanción vigente impuesto por SUSALUD, ni haber sido sancionado por ésta en los últimos 12 meses anteriores a la prestación del servicio de interés.

2.2. Capacidad técnica y profesional.

2.2.1. Equipamiento estratégico.

Requisitos

- CINCO (05) Máquinas de Hemodiálisis (03 de uso permanente y 02 de contingencia o soporte técnico)
- UNA (01) planta de tratamiento de agua.

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.

2.2.2. Infraestructura estratégica.

Requisitos

Disponibilidad de la infraestructura donde se prestará el servicio, según especificaciones señaladas en el numeral 2 (**infraestructura**) de acuerdo a la ficha homologada.

Acreditación

Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el **Compromiso** de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad de la infraestructura estratégica requerida.

2.2.3. Calificaciones del personal clave.

A. Formación académica.

Requisito

Persona Clave	Cantidad	Requisito
Director médico	1	Título Profesional de Médico Cirujano, con Registro Nacional de Especialista en Nefrología con Recertificación vigente <u>o que califique dentro de la Ley 28740 – Ley SINEACE.</u>
Medico Asistencial (Nefrólogo)	1	Título Profesional de Médico Cirujano y Registro Nacional de Especialista en Nefrología.
Jefe de enfermeros(as) y/o coordinador	1	Título Universitario de Licenciado en Enfermería y Título de Especialista en Enfermería Nefrológica
Enfermeros(as) asistenciales de turno	2	Título Universitario de Licenciado en Enfermería
Técnicos(as) de enfermería para sala de tratamiento de hemodiálisis	2	Título a Nombre de la Nación o documento equivalente de Instituto Superior, en enfermería.
Técnico de enfermería de sala de cebado (en caso la IPRESS cuente con sala de cebado) y esterilización	1	Título a Nombre de la Nación o documento equivalente de Instituto Superior, en enfermería.
Técnico(a) de mantenimiento de maquinas	1	Título Profesional de Técnico en Electrónica o Técnico en Electrónica Industrial o carreras afines. Se consideran carreras afines a: Electromecánica, mecánica industrial y electricidad industrial

Acreditación

El Grado o TÍTULO PROFESIONAL será verificado por el comité de selección en el Registro Nacional de Grados Académicos y Títulos Profesionales en el portal web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - SUNEDU a través del siguiente link: <https://enlinea.sunedu.gob.pe/> // o en el Registro Nacional de Certificados, Grados y Títulos a cargo del Ministerio de Educación a través del siguiente link : <http://www.titulosinstitutos.pe/>, según corresponda, para lo cual *El postor debe señalar los nombres y apellidos, DNI y profesión del personal clave, así*

como el nombre de la universidad o institución educativa que expidió el grado o título profesional requerido.

En caso el TÍTULO PROFESIONAL no se encuentre inscrito en el referido registro, el postor debe presentar la copia del diploma respectivo a fin de acreditar la formación académica requerida.

Los profesionales extranjeros deberán cumplir con el procedimiento ante SUNEDU y contar con el registro del Colegio Profesional correspondiente.

Experiencia del personal clave.**Requisito.**

Persona Clave	Cantidad	Requisito
Director médico	1	Experiencia mínima de tres (03) años como Nefrólogo titulado, contados a partir de la culminación de la especialidad en nefrología
Medico asistencial (Nefrólogo)	1	Experiencia mínima de 03 años en la especialidad de nefrología, incluido el residentado médico.
Jefe de enfermeros(as) y/o coordinador	1	Experiencia laboral mínima de tres (03) años en Hemodiálisis, contados a partir de la culminación de la especialidad en nefrología y posterior a la fecha de la expedición de la colegiatura
Enfermeros(as) asistenciales de turno	2	Experiencia profesional de (06) seis meses en Atención de Hemodiálisis, posterior a la expedición de la colegiatura, excepto aquellas enfermeras(os) con especialidad en Enfermería Nefrológica o constancia de egresado.
Técnicos(as) de enfermería para sala de tratamiento de hemodiálisis	2	Experiencia mínima de (06) seis meses en el área de Hemodiálisis posterior a la fecha de expedición del título o documento equivalente de Instituto Superior.
Técnico de enfermería de sala de cebado (en caso la IPRESS cuente con sala de cebado) y esterilización	1	Experiencia mínima de (06) seis meses en el área de Hemodiálisis posterior a la fecha de expedición del título o documento equivalente de Instituto Superior.
Técnico(a) de mantenimiento de maquinas	1	Experiencia mínima de (03) tres meses en el manejo de equipos de Hemodiálisis, posterior a la fecha de expedición del título o documento equivalente de Instituto Superior.

De presentarse experiencia ejecutada paralelamente (traslape), para el cómputo del tiempo de dicha experiencia sólo se considerará una vez el período traslapado.

Acreditación.

La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.

Se considerará aquella experiencia que no tenga una antigüedad mayor a veinticinco (25) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas.

Importante

- *Los documentos que acreditan la experiencia deben incluir los nombres y apellidos del profesional, el cargo desempeñado, el plazo de la prestación indicando el día, mes y año de inicio y culminación, el nombre de la Entidad u organización que emite el documento y la fecha de emisión.*
- *En caso los documentos para acreditar la experiencia establezcan el plazo de la experiencia adquirida por el profesional en meses sin especificar los días se debe considerar el mes completo.*
- *Al calificar la experiencia del personal, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del cargo o puesto no coincida literalmente con aquella prevista en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que realizó el personal corresponden con la función propia del cargo o puesto requerido en las bases.*

2.3. Experiencia del postor en la especialidad.

Requisito.

El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1,200,000.00 (Un Millón Doscientos Mil con 00/100 soles) por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (08) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas que se computaran desde la fecha de la conformidad o emisión de comprobante de pago, según corresponda.

Se consideran servicios similares a los siguientes: Prestaciones de servicios de salud de hemodiálisis ambulatoria.

Acreditación:

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

3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	CAPACIDAD LEGAL
	HABILITACIÓN
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categorización vigente expedida por la autoridad de salud competente o contar con el Documento resolutivo de clasificación como Servicio Médico de Apoyo. • Código Único de IPRESS vigente y estar en el Registro Nacional de instituciones Prestadoras de servicios de Salud (RENIPRESS) de Salud.
	<p>Importante</p> <p><i>De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</i></p>

Acreditación:

- Copia simple de documento resolutivo de la autoridad sanitaria competente que otorga la categoría de establecimiento de salud o Documento Resolutivo de clasificación como servicio Médico de Apoyo, vigentes.
- Copia Simple del RENIPRESS en el cual figure el código único de IPRESS de la IPRESS privada que brindara el servicio.

Importante

En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.

B	CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL
B.1	EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • CINCO (05) Máquinas de Hemodiálisis por modulo. • UNA (01) Maquina de emergencia por cada 1 o 2 módulos • Una (01) Maquina de soporte técnico por cada 1 o dos módulos • UNA (01) planta de tratamiento de agua. <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido.</p>
	<p>Importante</p> <p><i>En el caso que el postor sea un consorcio los documentos de acreditación de este requisito pueden estar a nombre del consorcio o de uno de sus integrantes.</i></p>
B.2	INFRAESTRUCTURA ESTRATÉGICA
	<p><u>Requisitos:</u></p>

	<p>Disponibilidad de la infraestructura donde se prestará el servicio, según especificaciones señaladas en el numeral 2 (infraestructura) de acuerdo a la ficha homologada.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad de la infraestructura estratégica requerida.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Importante</p> <p><i>En el caso que el postor sea un consorcio los documentos de acreditación de este requisito pueden estar a nombre del consorcio o de uno de sus integrantes.</i></p> </div>																								
B.3	CALIFICACIONES DEL PERSONAL CLAVE																								
B.3.1	FORMACIÓN ACADÉMICA																								
	<p><u>Requisitos:</u></p> <table border="1" data-bbox="312 734 1422 1473"> <thead> <tr> <th>Persona Clave</th> <th>Cantidad</th> <th>Requisito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Director médico</td> <td>1</td> <td>Título Profesional de Médico Cirujano, con Registro Nacional de Especialista en Nefrología con Recertificación vigente o que califique dentro de la Ley 28740 – Ley SINEACE.</td> </tr> <tr> <td>Medico asistencial (Nefrólogo)</td> <td>1</td> <td>Título Profesional de Médico Cirujano y Registro Nacional de Especialista en Nefrología.</td> </tr> <tr> <td>Jefe de enfermeros(as) y/o coordinador</td> <td>1</td> <td>Título Universitario de Licenciado en Enfermería y Título de Especialista en Enfermería Nefrológica</td> </tr> <tr> <td>Enfermeros(as) asistenciales de turno</td> <td>2</td> <td>Título Universitario de Licenciado en Enfermería</td> </tr> <tr> <td>Técnicos(as) de enfermería para sala de tratamiento de hemodiálisis</td> <td>2</td> <td>Título a Nombre de la Nación o documento equivalente de Instituto Superior, en enfermería.</td> </tr> <tr> <td>Técnico de enfermería de sala de cebado (en caso la IPRESS cuente con sala de cebado) y esterilización</td> <td>1</td> <td>Título a Nombre de la Nación o documento equivalente de Instituto Superior, en enfermería.</td> </tr> <tr> <td>Técnico(a) de mantenimiento de maquinas</td> <td>1</td> <td>Título Profesional de Técnico en Electrónica o Técnico en Electrónica Industrial o carreras afines. Se consideran carreras afines a: Electromecánica, mecánica industrial y electricidad industrial</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>El Título Profesional o Técnico requerido será verificado por el órgano encargado de las contrataciones o comité de selección, según corresponda, en el Registro Nacional de Grados Académicos y Títulos Profesionales en el portal web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - SUNEDU a través del siguiente link: https://enlinea.sunedu.gob.pe/ o en el Registro Nacional de Certificados, Grados y Títulos a cargo del Ministerio de Educación a través del siguiente link: https://titulosinstitutos.minedu.gob.pe/, según corresponda.</p> <p>En caso el Título Profesional o Técnico requerido no se encuentre inscrito en el referido registro, el postor debe presentar la copia del diploma respectivo a fin de acreditar la formación académica requerida.</p>	Persona Clave	Cantidad	Requisito	Director médico	1	Título Profesional de Médico Cirujano, con Registro Nacional de Especialista en Nefrología con Recertificación vigente o que califique dentro de la Ley 28740 – Ley SINEACE.	Medico asistencial (Nefrólogo)	1	Título Profesional de Médico Cirujano y Registro Nacional de Especialista en Nefrología.	Jefe de enfermeros(as) y/o coordinador	1	Título Universitario de Licenciado en Enfermería y Título de Especialista en Enfermería Nefrológica	Enfermeros(as) asistenciales de turno	2	Título Universitario de Licenciado en Enfermería	Técnicos(as) de enfermería para sala de tratamiento de hemodiálisis	2	Título a Nombre de la Nación o documento equivalente de Instituto Superior, en enfermería.	Técnico de enfermería de sala de cebado (en caso la IPRESS cuente con sala de cebado) y esterilización	1	Título a Nombre de la Nación o documento equivalente de Instituto Superior, en enfermería.	Técnico(a) de mantenimiento de maquinas	1	Título Profesional de Técnico en Electrónica o Técnico en Electrónica Industrial o carreras afines. Se consideran carreras afines a: Electromecánica, mecánica industrial y electricidad industrial
Persona Clave	Cantidad	Requisito																							
Director médico	1	Título Profesional de Médico Cirujano, con Registro Nacional de Especialista en Nefrología con Recertificación vigente o que califique dentro de la Ley 28740 – Ley SINEACE.																							
Medico asistencial (Nefrólogo)	1	Título Profesional de Médico Cirujano y Registro Nacional de Especialista en Nefrología.																							
Jefe de enfermeros(as) y/o coordinador	1	Título Universitario de Licenciado en Enfermería y Título de Especialista en Enfermería Nefrológica																							
Enfermeros(as) asistenciales de turno	2	Título Universitario de Licenciado en Enfermería																							
Técnicos(as) de enfermería para sala de tratamiento de hemodiálisis	2	Título a Nombre de la Nación o documento equivalente de Instituto Superior, en enfermería.																							
Técnico de enfermería de sala de cebado (en caso la IPRESS cuente con sala de cebado) y esterilización	1	Título a Nombre de la Nación o documento equivalente de Instituto Superior, en enfermería.																							
Técnico(a) de mantenimiento de maquinas	1	Título Profesional de Técnico en Electrónica o Técnico en Electrónica Industrial o carreras afines. Se consideran carreras afines a: Electromecánica, mecánica industrial y electricidad industrial																							
B.4	EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE																								
	<p><u>Requisitos:</u></p> <table border="1" data-bbox="312 1910 1434 2036"> <thead> <tr> <th>Persona Clave</th> <th>Cantidad</th> <th>Requisito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Director médico</td> <td>1</td> <td>Experiencia mínima de tres (03) años como Nefrólogo titulado, contados a partir de la culminación de la especialidad en nefrología</td> </tr> </tbody> </table>	Persona Clave	Cantidad	Requisito	Director médico	1	Experiencia mínima de tres (03) años como Nefrólogo titulado, contados a partir de la culminación de la especialidad en nefrología																		
Persona Clave	Cantidad	Requisito																							
Director médico	1	Experiencia mínima de tres (03) años como Nefrólogo titulado, contados a partir de la culminación de la especialidad en nefrología																							

	Medico asistencial (Nefrólogo)	1	Experiencia mínima de 03 años en la especialidad de nefrología, incluido el residentado médico.
	Jefe de enfermeros(as) y/o coordinador	1	Experiencia laboral mínima de tres (03) años en Hemodiálisis, contados a partir de la culminación de la especialidad en nefrología y posterior a la fecha de la expedición de la colegiatura
	Enfermeros(as) asistenciales de turno	2	Experiencia profesional de (06) seis meses en Atención de Hemodiálisis, posterior a la expedición de la colegiatura, excepto aquellas enfermeras(os) con especialidad en Enfermería Nefrológica o constancia de egresado.
	Técnicos(as) de enfermería para sala de tratamiento de hemodiálisis	2	Experiencia mínima de (06) seis meses en el área de Hemodiálisis posterior a la fecha de expedición del título o documento equivalente de Instituto Superior.
	Técnico de enfermería de sala de cebado (en caso la IPRESS cuente con sala de cebado) y esterilización	1	Experiencia mínima de (06) seis meses en el área de Hemodiálisis posterior a la fecha de expedición del título o documento equivalente de Instituto Superior.
	Técnico(a) de mantenimiento de maquinas	1	Experiencia mínima de (03) tres meses en el manejo de equipos de Hemodiálisis, posterior a la fecha de expedición del título o documento equivalente de Instituto Superior.
<p><u>De presentarse experiencia ejecutada paralelamente (traslape), para el cómputo del tiempo de dicha experiencia sólo se considerará una vez el periodo traslapado.</u></p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p>			
<p>Importante</p> <ul style="list-style-type: none"> Los documentos que acreditan la experiencia deben incluir los nombres y apellidos del personal clave, el cargo desempeñado, el plazo de la prestación indicando el día, mes y año de inicio y culminación, el nombre de la Entidad u organización que emite el documento, la fecha de emisión y nombres y apellidos de quien suscribe el documento En caso los documentos para acreditar la experiencia establezcan el plazo de la experiencia adquirida por el personal clave en meses sin especificar los días se debe considerar el mes completo. Se considerará aquella experiencia que no tenga una antigüedad mayor a veinticinco (25) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas. Al calificar la experiencia del personal, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del cargo o puesto no coincida literalmente con aquella prevista en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que realizó el personal corresponden con la función propia del cargo o puesto requerido en las bases. 			
C	EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD		
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 1,200,000.00 (Un Millón Doscientos Mil con 00/100 soles) por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (08) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas que se computaran desde la fecha de la conformidad o emisión de comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Diálisis peritoneal.</p> <p><u>Acreditación:</u></p>		

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 pago¹¹, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.

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

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

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

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”, debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el **Anexo N° 9**.

Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el **Anexo N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad

Importante

- *Al calificar la experiencia del postor, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del objeto contractual no coincida literalmente con el previsto en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que ejecutó el postor corresponden a la experiencia requerida.*
- *En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.*

¹¹ 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 sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia”.

--	--

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
A. PRECIO	
<u>Evaluación:</u> Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor. <u>Acreditación:</u> Se acreditará mediante el documento que contiene el precio de la oferta (Anexo N° 6).	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: $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ i= Oferta P _i = Puntaje de la oferta a evaluar O _i =Precio i O _m = Precio de la oferta más baja PMP=Puntaje máximo del precio <p style="text-align: right;">90.00 puntos</p>

OTROS FACTORES DE EVALUACIÓN	10.00 puntos
F. MEJORAS A LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA	
<u>Evaluación:</u> Mejora 1: Consultas (10) semanales de pacientes hipertensos por Médico especialista en Nefrología. Mejora 2: Consultas (10) semanales de pacientes diabéticos por Médico Especialista en Nefrología. Mejora 3: Reemplazo de catéteres permanentes y/o temporales, siendo que la empresa asumirá la compra de los mismos. Mejora 4: Creación de fistulas para pacientes que lo requiere según evaluación médica por especialista. <u>Acreditación:</u> Se acreditará únicamente mediante la presentación de una carta de compromiso del postor. <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; color: blue; font-weight: bold;">Importante</div>	<p style="text-align: center;">(Máximo 10 puntos)</p> Mejora 1: [02] puntos Mejora 2: [02] puntos Mejora 3: [04] puntos Mejora 4: [02] puntos

OTROS FACTORES DE EVALUACIÓN	10.00 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • <i>De conformidad con la Opinión N° 144-2016-OSCE/DTN, constituye una mejora, todo aquello que agregue un valor adicional al parámetro mínimo establecido en las especificaciones técnicas o términos de referencia, según corresponda, mejorando su calidad o las condiciones de su entrega o prestación, sin generar un costo adicional a la Entidad.</i> • <i>En este factor se pueden incluir aspectos referidos a la sostenibilidad ambiental o social, tales como el compromiso de que durante la ejecución del contrato se verifiquen condiciones de igualdad de género o de inclusión laboral de personas con discapacidad; el uso de equipos energéticamente eficientes o con bajo nivel de ruido, radiaciones, vibraciones, emisiones, etcétera; la implementación de medidas de ecoeficiencia; el uso de insumos que tengan sustancias con menor impacto ambiental; la utilización de productos forestales de fuentes certificadas, orgánicos o reciclados, el manejo adecuado de residuos sólidos, entre otros.</i> 	
PUNTAJE TOTAL	100 puntos¹²

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.

¹² Es la suma de los puntajes de todos los factores de evaluación.

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 Atención Ambulatoria de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Hemodiálisis de La Red Asistencial Moyobamba**, que celebra de una parte el Seguro Social de Salud – EsSalud – Red Asistencial Moyobamba, en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° 20131257750, con domicilio Fiscal el Jr. 20 de Abril N° 347, ciudad, distrito y provincia de Moyobamba, departamento de San Martín, representada por su Director, identificado con DNI N° encargado con, según poder inscrito en la Partida N° – Asiento, del Registro de Personas Jurídicas de Lima y por su Jefe de Administración, identificado con DNI N°, designado mediante, según poder inscrito en la Partida N° del Asiento N° del Registro de Personas Jurídicas de Lima, 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 comité de selección, según corresponda, adjudicó la buena pro de la **Adjudicación Simplifica Homologada N° 017-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2** para la contratación del **Servicio de Atención Ambulatoria de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Hemodiálisis de La Red Asistencial Moyobamba**, 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 la contratación del **Servicio de Atención Ambulatoria Integral de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Hemodiálisis de La Red Asistencial Moyobamba**, en las cantidades estimadas que se describen a continuación.

ítem	Descripción	Unidad de medida	Cantidad estimada
Único	Sesión de hemodiálisis sin reúso de dializadores	Sesión	10,956

CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL

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

ítem	Descripción	Unidad de medida	Cantidad estimada	Precio Unitario (S/)	Total (S/)
Único	Sesión de hemodiálisis sin reúso de dializadores	Sesión	10,956		
IGV (S/)					
Total (S/)					

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 PAGO¹³

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en SOLES, en en pagos parciales mensuales, 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 el pago del servicio de las sesiones de hemodiálisis, el expediente debe contar con los siguientes documentos:

- Orden de servicio original.
- Factura Original, SUNAT y dos copias.
- De ser el caso: nota de débito.
- Conformidad de servicio.
- Informe técnico del servicio realizado.

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 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 24 meses , el mismo que se computa a partir del día siguiente de suscrita el Acta de inspección de cumplimiento de condiciones y requisitos para la prestación.

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:

- 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

¹³ En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

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.”

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.

CLÁUSULA NOVENA: ADELANTO DIRECTO

No se entregarán adelantos para la ejecución de la prestación.

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 el área designada por la Red Asistencial y será emitida en un plazo máximo de siete (07) 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, conforme lo establecido en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, modificado mediante D.S. 168-2020-EF.

Para otorgar la conformidad se requieren de los siguientes documentos.

- Planilla de las sesiones de hemodiálisis atendidas al mes correspondiente.
- Acta de verificación y cierre del mes correspondiente.
- Copia de la orden de servicio o el contrato.
- Consolidado mensual del registro de la asistencia de pacientes obtenido del sistema biométrico. En caso de que no sea posible la implementación del control biométrico en la localidad donde se prestará el servicio, la IPRESS deberá implementar un registro físico de la asistencia del paciente a sus sesiones de hemodiálisis (que incluye firma y huella digital) y adjuntarlo como parte de los documentos para la conformidad.
- Informe de indicadores de calidad del servicio. (Kt/V, tiempo de diálisis y calidad de agua y líquido de diálisis).

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 dos (02) 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.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, se aplicarán las siguientes penalidades.

N°	Supuestos de aplicación de penalidad	Forma de cálculo	Procedimiento
1	Ausencia del médico asistencial (nefrólogo)	10% de la UIT vigente por cada vez que suceda.	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usaria
2	Ausencia de uno o más de los siguientes integrantes del personal: Enfermero(a) asistencial, técnico de mantenimiento, técnico de cebado (solo se aplicará en caso la IPRESS cuente con sala de cebado), técnico(s) de sala.	07% de la UIT vigente por cada personal ausente durante la ejecución del servicio y visita que se realice.	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usaria.

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA**Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2**

N°	Supuestos de aplicación de penalidad	Forma de cálculo	Procedimiento
3	En caso se encuentre personal laborando que no cuente con la documentación que acredite su perfil profesional por EsSalud y que no haya regularizado en el plazo correspondiente, se considera ausencia de personal y corresponde la aplicación de las penalidades N° 01 y 02 de esta sección.	05% de la UIT vigente por cada evento encontrado y 05% UIT vigente, por cada evento encontrado por cada persona ausente, según corresponda y las veces que suceda.	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria.
4	Por ausencia del siguiente personal: Director médico, jefe de enfermeras(os), enfermera(o) coordinador(a), nutricionista, psicóloga(o) y trabajador(a) social.	05% de la UIT vigente, por cada vez que suceda por cada persona ausente.	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria.
5	Si el porcentaje de pacientes con Kt/V ≥ 1.3 (o en su defecto Tasa de Reducción de la Urea en los pacientes en los que no se puede obtener el Kt/V de $\geq 70\%$) no alcanza el objetivo \geq al 85 % de su población evaluada. La medición se hará sobre los pacientes que han completado dos meses de tratamiento en la IPRESS - Hemodiálisis Tercerizada.	Una (01) UIT vigente, por cada evento encontrado	Acta de control y/o supervisión o Informes mensuales del contratista
6	Si el porcentaje de pacientes con promedio mensual de tiempo en Hemodiálisis mayor a 3.5 y 3.75 horas, no alcanza el objetivo mayor a 70% y 15% respectivamente de los pacientes atendidos en la IPRESS. La medición se hará sobre los pacientes que han completado dos meses de tratamiento en la IPRESS - Hemodiálisis Tercerizada	Una (01) UIT vigente, por cada evento encontrado	Acta de control y/o supervisión o Informes mensuales del contratista
7	El incumplimiento de las Normas de Bioseguridad vigentes y del Manual de Procedimientos de Enfermería para la atención del paciente con ERC en tratamiento de hemodiálisis en cualquiera de los procesos de atención al paciente	Una (01) UIT vigente, por cada evento encontrado	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria.
8	En el caso de que se compruebe que una máquina de hemodiálisis está siendo utilizada sin las alarmas operativas que garanticen la seguridad del tratamiento	20% UIT vigente, por cada oportunidad por cada máquina utilizada sin las alarmas operativas durante la ejecución del servicio.	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria.
9	En caso de comprobarse que los equipos necesarios de reanimación cardiopulmonar (respirador manual, laringoscopio y accesorios, tubo endotraqueal, guía para intubación endotraqueal, aspirador, monitor cardiaco/desfibrilador, con sus baterías cargadas, pulsioxímetro) no se encuentren operativos, y/o los insumos del coche de paro no se encuentren completos vigentes y/o no tengan registro sanitario	Una (01) UIT vigente, por cada oportunidad por cada equipo no operativo o por cada insumos del coche de paro incompleto no vigente y/o sin registro sanitario	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria

N°	Supuestos de aplicación de penalidad	Forma de cálculo	Procedimiento
10	En caso se compruebe que el grupo electrógeno no funciona en forma automática o carece de batería operativa.	0.50 de la UIT vigente, por cada oportunidad	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
11	El incumplimiento de uno o más indicadores de calidad de agua	Una (01) UIT vigente, por cada oportunidad	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
12	Uso de dializadores y concentrados de diálisis que incumplen con las especificaciones de los presentes términos de referencia	Una (01) UIT vigente, por cada oportunidad.	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
13	Uso de insumos y/o dispositivos médicos sin registro sanitario.	Una (01) UIT vigente, por cada oportunidad, por cada insumos y/o dispositivos médicos sin registro sanitario	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
14	Uso de máquinas de hemodiálisis que hayan excedido la vida útil.	Una (01) UIT vigente, por cada oportunidad, por cada máquina de hemodiálisis que haya excedido la vida útil	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
15	De comprobarse que la Unidad de Tratamiento de agua no cumple con los requerimientos establecidos en los presentes términos de referencia	Una (01) UIT vigente, por cada oportunidad	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
16	La programación en la máquina de diálisis no guarda relación con la prescripción médica registrada en la historia clínica.	Una (01) UIT vigente, por cada oportunidad, por cada máquina de diálisis	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
17	El incumplimiento de los términos de referencia, consignados como observaciones en el Libro de Ocurrencias para su cumplimiento inmediato, y que sean reiterados por escrito en dicho libro en más de una oportunidad.	Una (01) UIT vigente, por cada oportunidad.	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
18	La no remisión de toda información requerida por EsSalud, en forma oportuna y comunicada por escrito	0.17 UIT vigente, por cada oportunidad	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
19	De comprobarse que los pacientes no han sido evaluados al inicio de la sesión de diálisis por el médico nefrólogo y/o que esta evaluación no esté registrada hasta la finalización del turno	Una (01) UIT vigente, por cada oportunidad, por cada paciente	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
20	Cuando la enfermera registre la ficha de evolución de la sesión de diálisis con anterioridad a la atención del paciente.	0.67 UIT vigente, por cada oportunidad, por cada paciente	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria

N°	Supuestos de aplicación de penalidad	Forma de cálculo	Procedimiento
21	La entrega extemporánea e incompleta del horario mensual del personal	0.17 UIT vigente, por cada oportunidad	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria
22	De comprobarse que la IPRESS no cuenta con los servicios de apoyo establecidos en los presentes términos de referencia	0.67 UIT vigente, por cada oportunidad, por cada servicio de apoyo	Acta de control y/o supervisión con el informe del Área Usuaria

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 CONTROVERSIAS¹⁴

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: Jr. 20 de Abril N° 347, ciudad, distrito y provincia de Moyobamba, departamento de San Martín.

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”

Importante

Este documento puede firmarse digitalmente si ambas partes cuentan con firma digital, según la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales¹⁵.

¹⁴ 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).

¹⁵ 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>

ANEXOS

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

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 ¹⁶		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.
6. Notificación de la orden de servicios¹⁷

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.

¹⁶ 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.

¹⁷ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

Importante

Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:

ANEXO N° 1 - B

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

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 ¹⁸		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado 2				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE ¹⁹		Sí	No	
Correo electrónico :				

Datos del consorciado ...				
Nombre, Denominación o Razón Social :				
Domicilio Legal :				
RUC :	Teléfono(s) :			
MYPE ²⁰		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:

¹⁸ 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.

¹⁹ Ibídem.

²⁰ 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.
6. Notificación de la orden de servicios²¹

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.

²¹ Cuando el monto del valor estimado del procedimiento o del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), en caso se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

ANEXO N° 2

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

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

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 HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

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 Atención Ambulatoria Integral de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Hemodiálisis de La Red Asistencial Moyobamba**, 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 HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

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 [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO].

[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

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

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 Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2**

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 el **Seguro Social de Salud – EsSalud – Red Asistencial Moyobamba**.

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] [%]²²

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]²³

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%²⁴

²² Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²³ Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

²⁴ Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

.....
Consociado 2
Nombres, apellidos y firma del
Consociado 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.

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

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
TOTAL			

El precio de la oferta en [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] 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

- *En caso que el postor reduzca su oferta, según lo previsto en el artículo 68 del Reglamento, debe presentar nuevamente este Anexo.*
- *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° 7
DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA LA
APLICACIÓN DE LA EXONERACIÓN DEL IGV

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento que gozo del beneficio de la exoneración del IGV previsto en la Ley N° 27037, Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía, dado que cumplo con las condiciones siguientes:

- 1.- Que el domicilio fiscal de la empresa²⁵ se encuentra ubicada en la Amazonía y coincide con el lugar establecido como sede central (donde tiene su administración y lleva su contabilidad);
- 2.- Que la empresa se encuentra inscrita en las Oficinas Registrales de la Amazonía (exigible en caso de personas jurídicas);
- 3.- Que, al menos el setenta por ciento (70%) de los activos fijos de la empresa se encuentran en la Amazonía; y
- 4.- Que la empresa no presta servicios fuera de la Amazonía.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

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

Importante

Cuando se trate de consorcios, esta declaración jurada será presentada por cada uno de los integrantes del consorcio, salvo que se trate de consorcios con contabilidad independiente, en cuyo caso debe ser suscrita por el representante común, debiendo indicar su condición de consorcio con contabilidad independiente y el número de RUC del consorcio.

²⁵ En el artículo 1 del “Reglamento de las Disposiciones Tributarias contenidas en la Ley de Promoción de la Inversión en la Amazonía” se define como “empresa” a las “Personas naturales, sociedades conyugales, sucesiones indivisas y personas consideradas jurídicas por la Ley del Impuesto a la Renta, generadoras de rentas de tercera categoría, ubicadas en la Amazonía. Las sociedades conyugales son aquéllas que ejerzan la opción prevista en el Artículo 16 de la Ley del Impuesto a la Renta.”

ANEXO N° 8

EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores

COMITÉ DE SELECCIÓN

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A000172) – 2 da Convocatoria.

Presente.-

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

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²⁶	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁷	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁸ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁹	TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁰	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³¹
1										
2										
3										
4										

²⁶ 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.

²⁷ 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.

²⁸ 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”*.

²⁹ Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

³⁰ 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.

³¹ Consignar en la moneda establecida en las bases.

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD MOYOBAMBA
Adjudicación Simplificada Homologada N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – Convocatoria 2

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP ²⁶	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO ²⁷	EXPERIENCIA PROVENIENTE ²⁸ DE:	MONEDA	IMPORTE ²⁹	TIPO DE CAMBIO VENTA ³⁰	MONTO FACTURADO ACUMULADO ³¹
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	...									
20										
TOTAL										

[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 HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

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 HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

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 G

DECLARACIÓN JURADA ANTICORRUPCION Y COMPROMISO DE INTEGRIDAD.

Señores

COMITÉ DE SELECCION

ADJUDICACIÓN SIMPLIFICADA HOMOLOGADA N° 17-2023-ESSALUD/RAMOY-2 (AS N° 2336A00172) – 2 da Convocatoria.

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:

1. Conducir en todo momento y durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y no cometer actos ilegales o de corrupción.
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 está directamente relacionada con la Entidad durante cualquiera de las Etapas del proceso de selección, ejecución o liquidación y/o en cualquier momento.
3. Comprometerme a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento.

En caso de resultar falsa la información, que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 del Código Penal, concordante con el Art. 34 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 274444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS

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.

Firma Representante Legal
NOMBRES Y APELLIDOS
DNI N°.....

Nota:

En caso de consorcio, cada integrante deberá suscribir la presente declaración jurada.