MINISTERIO
DE SALUD Y DEPORTES

CONVOCATORIA

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

I. PROPONENTES DE EXPRESIONES DE INTERÉS ELEGIBLES

En esta invitación a la presentación de Expresiones de Interés solo podrán presentarse las UNIDADES DE HEMODIÁLISIS DEL SUBSECTOR PRIVADO A NIVEL NACIONAL – NUEVAS (NO INCLUYE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS CON CONVENIO VIGENTE, NI SUCURSALES DE EMPRESAS QUE MANTENGAN CONVENIOS VIGENTES CON EL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES), legalmente constituidas en el Estado Plurinacional de Bolivia.

II. CONSULTAS ESCRITAS SOBRE LA PRESENTACIÓN A EXPRESIONES DE INTERÉS

Los Proponentes podrán formular consultas escritas mediante correo electrónico (Dirección específica en la invitación), dirigidas a los responsables hasta el 30 de noviembre de 2026 antes a la fecha límite establecida para la presentación de las propuestas.

III. PREPARACIÓN DE LAS EXPRESIONES DE INTERÉS

Las Expresiones de Interés debe ser elaborada conforme a los requisitos establecidos en las Especificaciones Técnicas y Condiciones requeridas en el presente documento.

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

IV. IDIOMA

Las Propuestas de Expresiones de Interés deberán presentarse en idioma **CASTELLANO**.

V. VALIDEZ DE LAS EXPRESIONES DE INTERÉS

Las Expresiones de Interés tendrán una validez de sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la presentación de propuestas de Expresiones de Interés.

VI. REQUISITOS A PRESENTAR EN LA PROPUESTA A EXPRESIONES DE INTERÉS

Los documentos que deben presentar los Proponentes a las Expresiones de Interés, según sea su constitución legal y su forma de participación serán:

a) *La "Presentación a las Expresiones de Interés" será de manera individual, toda la documentación requerida debe ser presentada en su integridad por separado (por cada unidad de hemodiálisis postulante), UNIDADES DE HEMODIÁLISIS DEL SUBSECTOR PRIVADO A NIVEL NACIONAL – NUEVAS (NO INCLUYE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS CON CONVENIO VIGENTE, NI SUCURSALES DE EMPRESAS QUE MANTENGAN CONVENIOS*

VIGENTES CON EL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES), "el proceso de selección estará sujeto a la necesidad institucional debidamente justificada, respaldada por informes técnicos de los SEDES, y a criterios de accesibilidad y cobertura territorial, priorizando la ubicación geográfica según los requerimientos del servicio".

b) Los proponentes presentarán los documentos legales y administrativos de su propuesta técnica en sobres cerrados, debidamente ordenados, perforados, foliados, sellados y rubricados por el proponente, en un plazo máximo de presentación hasta horas 09:30 del 30 de noviembre del 2026. Las Expresiones de Interés deberá incluir un índice, que permita la rápida ubicación de los Formularios y documentos presentados (separaciones).

c) Las propuestas deberán contener los siguientes documentos:

1. Nota dirigida a la Máxima Autoridad Ejecutiva, Dra. Marcela Tatiana Flores Zambrana Ministra de Salud y Deportes. Referencia: PRESENTACIÓN DE EXPRESIONES DE INTERÉS, ORIENTADO A LA SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES PARA SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DEL SUBSECTOR PRIVADO DE SALUD PARA LA GESTIÓN 2027, **Excluyente.**

2. Fotocopia simple de Resolución Administrativa otorgada por el SEDES, vigente al momento de la presentación de la propuesta, cuya renovación deberá realizarse oportunamente en caso de vencimiento durante la ejecución del Convenio Interinstitucional para servicios de hemodiálisis del subsector privado de salud. **Excluyente.**
3. Fotocopia simple de Licencia de funcionamiento otorgado por el Gobierno Autónomo Municipal, vigente.

4. Fotocopia simple legible de la Certificación que indique el número de máquinas habilitadas extendido por el SEDES, vigente, **Excluyente.**

5. Declaración Jurada del propietario o representante legal, donde indique el número de máquinas ofertadas para pacientes SUS y numero de turnos en el servicio de hemodiálisis (horarios de atención).

6. Fotocopia simple del Poder Notarial del representante legal, si corresponde.

7. Fotocopia simple de cédula de identidad vigente del propietario o representante legal, según corresponda.

8. Fotocopia simple de NIT con la dirección que corresponde a la unidad de hemodiálisis postulante, **Excluyente.**

9. Fotocopia simple de Certificado de Inscripción del NIT valido y activo, **Excluyente.**

10. Reporte de laboratorio de estudio de agua actualizado (del último trimestre) preferentemente certificado por una institución pública o reconocida, **Excluyente.**

11. Reporte de mantenimiento preventivo de máquinas de los últimos seis meses, **Excluyente.**

12. Fotocopia simple de Matricula de Comercio Actualizado (SEPREC), que corresponda a la unidad de hemodiálisis de su departamento, en casos de unidades de hemodiálisis que pertenezcan a ONG u otros sin fines de lucro, deben adjuntar el certificado de no inscripción emitido por SEPREC del departamento correspondiente, **Excluyente.**

13. Experiencia del Proponente en la prestación de servicios de hemodiálisis en los subsectores privado, o seguridad social de corto plazo, con una experiencia mínima de 6 meses cumplidos hasta la presentación de la propuesta, adjuntar medios de verificación.

14. Declaración Jurada de la entidad proponente, que establezca no tener ningún tipo de parentesco hasta el tercer grado, en afinidad y consanguinidad dentro el Ministerio de Salud y Deportes, y Servicios Departamentales de Salud **Excluyente.**

15. Declaración Jurada de la entidad proponente, de no tener procesos administrativos o penales con el Ministerio de Salud y Deportes **Excluyente.**

16. Declaración jurada de la entidad proponente, que cuenta con contratos de todo el recurso humano de la unidad de hemodiálisis en cumplimiento a Resolución Administrativa emitida por el SEDES, **Excluyente.**

17. Declaración Jurada de Cumplimiento y presentación del Formulario C-1 (Especificaciones Técnicas y Condiciones Requeridas), manifestando aceptación, El proponente declara conocer que el incumplimiento de las especificaciones técnicas mencionadas resultará en la aplicación de sanciones de acuerdo a la normativa aplicable por la autoridad competente. **Excluyente.**

18. Declaración Jurada de Conocimiento y Compromiso de Cumplimiento de Prácticas Prohibidas**, Excluyente.**

19. Declaración Jurada de Cumplimiento de Normas de Calidad, **Excluyente.**

VII. PROPUESTA TÉCNICA

La propuesta técnica comprende:

Recepción, revisión y verificación a la documentación presentada por los proponentes a la Invitación a Expresiones de Interés, la cual concluye con la publicación en la página oficial del Ministerio de Salud y Deportes, de las Unidades de Hemodiálisis que cumplieron con todos los requisitos establecidos por la Entidad Convocante dentro las Especificaciones Técnicas y Condiciones Requeridas para UNIDADES DE HEMODIÁLISIS DEL SUBSECTOR PRIVADO A NIVEL NACIONAL – NUEVAS (NO INCLUYE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS CON CONVENIO VIGENTE, NI SUCURSALES DE EMPRESAS QUE MANTENGAN CONVENIOS VIGENTES CON EL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES), *"el proceso de selección estará sujeto a la necesidad institucional debidamente justificada y a criterios de accesibilidad y cobertura territorial, priorizando la ubicación geográfica según los requerimientos del servicio".*

VIII. PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A EXPRESIONES DE INTERÉS

1. **Rotulación del Sobre:**

- *Nombre de la Entidad Convocante:* ***MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES***
- *Objeto de la Convocatoria de Expresiones de Interés:* ***INVITACIÓN A LA PRESENTACIÓN DE EXPRESIONES DE INTERÉS, ORIENTADO A LA SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES PARA SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS DEL SUBSECTOR PRIVADO DE SALUD PARA LA GESTIÓN 2027.***
- *Razón Social: (Nombre completo de la Unidad de Hemodiálisis)*
- *Nombre del Representante Legal: (Nombre completo del propietario o representante legal)*
- *Departamento: (Nombre del Departamento donde funciona la Unidad de Hemodiálisis)*
- *Contacto: (Números de teléfonos de contacto y correo electrónico vigente)*
- *Dirección de la Entidad Convocante:* ***Ministerio de Salud y Deportes, Plaza del Estudiante Esq. Cañada Strongest S/N Zona Central, Despacho Ministerial, recepción de Correspondencia.***

2. **Plazo y lugar de presentación:**

- Las Expresiones de Interés deberán ser presentadas dentro el plazo fijado y en el domicilio establecido en el presente documento.
- Las Expresiones de Interés podrá ser entregada en persona o por Courier certificado. En ambos casos, el proponente es el responsable de que su Expresiones de Interés sea presentada dentro las fechas establecidas.
- Vencidos los plazos citados, las Expresiones de Interés no podrá ser retirada, modificada o alterada de manera alguna.
- La presentación de todos los requisitos establecidos dentro las especificaciones técnicas y condiciones requeridas son de cumplimiento obligatorio para los proponentes, la falta de las mismas será pasibles a ser descalificados.

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

<table>
<tr><th colspan="2">ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</th></tr>
<tr><td>1. SESIÓN DE HEMODIÁLISIS</td><td>1.1. La sesión de hemodiálisis deberá durar 4 a 5 horas diarias, es decir, de 12 a 15 horas por semana (En casos excepcionales de los cuales no se complete las 4 horas, se deberá presentar informe médico justificativo emitido por el nefrólogo bajo criterio médico), la unidad debe contar con un equipo de control biométrico para el registro de asistencia de los pacientes. (Manifestar aceptación)
1.2. Deberán realizar tres turnos de atención por día o un cuarto (4to) turno de atención a requerimiento. (Manifestar aceptación)
1.3. Las sesiones de hemodiálisis deberán ser de manera inter diaria en la semana, con los dos intervalos siguientes: lunes miércoles y viernes o martes, jueves y sábado. (Manifestar aceptación)
1.4. En caso que un paciente requiera sesiones de hemodiálisis extraordinarias deberá presentar informe médico del especialista sobre la justificación y contar con autorización del Responsable Departamental de Salud Renal – SEDES. (Manifestar aceptación)
1.5. El Proveedor debe brindar transporte en casos excepcionales y según solicitud del jefe de servicio, a pacientes con algún tipo de descompensación y/o impedimento motriz sin costo alguno. (Manifestar aceptación)</td></tr>
<tr><td>2. RECURSOS HUMANOS</td><td>2.1. El Proponente deberá contar con contratos del recurso humano de la unidad de hemodiálisis en cumplimiento a la Resolución Administrativa emitida por el SEDES y normativa vigente, adjuntar fotocopia simple de contratos del siguiente personal:
Médico Nefrólogo
Médico de apoyo
Licenciada en Enfermería
Auxiliar de Enfermería
Regente Farmacéutico
Personal de Limpieza
Licenciada/o en Nutrición
Licenciada/o en Psicología
Licenciada/o en Trabajo Social
Secretaria y/o recepcionista y otros</td></tr>
<tr><td>3. MANTENIMIENTO DE EQUIPOS Y PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA</td><td>3.1. El Proveedor deberá presentar plan de mantenimiento preventivo de las máquinas de Hemodiálisis y de cumplimiento una vez al año, y correctivo a requerimiento con firma y sello correspondiente. (Adjuntar lo solicitado)
3.2. El Proveedor deberá presentar el plan de mantenimiento preventivo cuatrimestral y correctivo a requerimiento, de las plantas de tratamiento de agua. (Adjuntar lo solicitado)
3.3. El Proveedor deberá realizar el estudio de agua físico-químico cada mes y bacteriológico de forma trimestral. (Manifestar aceptación)
3.4. El Proveedor deberá presentar un plan de contingencia que contemple equipamiento, energía y recursos humanos, ante la ocurrencia de cualquier eventualidad o emergencia sanitaria que pudiera afectar la continuidad del servicio. (Manifestar aceptación).</td></tr>
<tr><td>4. EXÁMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE</td><td>4.1. El Proveedor adjudicado deberá garantizar la realización de los laboratorios a los pacientes atendidos de acuerdo al siguiente detalle (Manifestar aceptación):
<table><tr><td>ENERO</td><td>Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP</td></tr><tr><td>FEBRERO</td><td>Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP
Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina</td></tr><tr><td>MARZO</td><td>Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP
Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA
Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos.</td></tr><tr><td>ABRIL</td><td>Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP
Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina</td></tr><tr><td>MAYO</td><td>Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO,</td></tr></table></td></tr>
</table>

			Transaminasas TGP
		JUNIO	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos. Determinación de la Hormona Paratiroidea (PTHi)
		JULIO	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP
		AGOSTO	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina
		SEPTIEMBRE	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos.
		OCTUBRE	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina
		NOVIEMBRE	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP
		DICIEMBRE	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos. Determinación de la Hormona Paratiroidea (PTHi)
	4.2. El Proveedor adjudicado deberá otorgar los exámenes de laboratorios de ELISA para Hepatitis B, anticore para Hepatitis B, ELISA para Hepatitis C y PR-VIH como requisito indispensable para el egreso del beneficiario por cambio de Establecimiento que estén debidamente autorizados, sin costo adicional para los beneficiarios y beneficiarias. (**Manifestar aceptación**)		
5. MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS	5.1. El Proveedor deberá suministrar los medicamentos e insumos a los pacientes atendidos de acuerdo al paquete de prestaciones para la patología renal crónica que se detalla a continuación**:** • Medicamentos específicos, para el manejo del paciente renal crónico: HEPARINA SÓDICA ERITROPOYETINA HIERRO HIERRO (Como bisglicina quelato) SOLUCIÓN ACIDA SOLUCIÓN BÁSICA • Medicamentos de uso común esenciales, para el manejo del paciente renal crónico: COMPLEJO B (B1-B6-B12) ÁCIDO FÓLICO ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO AMLODIPINA ATORVASTATINA		

	ENALAPRIL MALEATO LOSARTAN OMEPRAZOL CARVEDILOL NIFEDIPINO METILDOPA (Alfametildopa) CALCIO (Carbonato o Citrato) Gluconato CALCICO (Calcio Gluconato) COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) MULTIVITAMINAS IODO POVIDONA (YODOPOVIDONA) SOLUCIÓN DE MANITOL CLOREXIDINA GLUCONATO HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCIÓN FISIOLÓGICA • Medicamentos de uso común, utilizados para el manejo de las complicaciones agudas del paciente renal crónico: SOLUCIÓN DE GLUCOSA CLORURO DE SODIO METAMIZOL (DIPIRONA) DICLOFENACO SÓDICO • Insumos específicos, para el manejo del paciente renal crónico: AGUJA PARA FÍSTULA FILTRO PARA HEMODIÁLISIS TRANSDUCTOR PIEZA LÍNEAS ARTERIOVENOSA A-V APÓSITO ADHESIVOS • Insumos de uso común esenciales, para el manejo del paciente renal crónico: LLAVE DE 3 VÍAS BARBIJO TELA ADHESIVA GORRO DESCARTABLE BATA GUANTES DESCARTABLES ACIDO CÍTRICO EQUIPO DE VENOCLÍSIS JERINGAS DESCARTABLES ÁCIDO PERACÉTICO 2% GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES NOTA: Los medicamentos deben ser administrados de acuerdo a criterio médico y de manera gratuita. **(manifestar aceptación)**
6. DECLARACIÓN JURADA	6.1. Declaración Jurada de Conocimiento y Compromiso de Cumplimiento de Prácticas Prohibidas y Elegibilidad. **(manifestar aceptación)**
7. RESCISIÓN DE CONVENIOS	7.1. Las Unidades de Hemodiálisis Nuevas del subsector privado que suscriban Convenios Interinstitucionales para la prestación de servicios de hemodiálisis, serán sujetas a supervisión previa y posterior a la firma del Convenio. En caso de evidenciarse el incumplimiento de cualquiera de los requisitos establecidos y condiciones requeridas de las especificaciones técnicas, se procederá a la rescisión inmediata del mismo. **(manifestar aceptación)**
8. CRITERIOS DE ACCESIBILIDAD Y COBERTURA	8.1. El proceso de selección estará sujeto a la necesidad institucional debidamente justificada, respaldada por informes técnicos de los SEDES, y a criterios de accesibilidad y cobertura territorial, priorizando la ubicación geográfica según los requerimientos del servicio. **(manifestar aceptación)**

MINISTERIO
DE SALUD Y DEPORTES

FORMULARIO C-1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS		
Características y condiciones solicitadas		**Característica Propuesta** **(Para ser llenado por el proponente al momento de elaborar su propuesta)**
1. SESIÓN DE HEMODIÁLISIS	1.1. La sesión de hemodiálisis deberá durar 4 a 5 horas diarias, es decir, de 12 a 15 horas por semana (En casos excepcionales de los cuales no se complete las 4 horas, se deberá presentar informe médico justificativo emitido por el nefrólogo bajo criterio médico), la unidad debe contar con un equipo de control biométrico para el registro de asistencia de los pacientes. (**Manifestar aceptación**) 1.2. Deberán realizar tres turnos de atención por día o un cuarto (4to) turno de atención a requerimiento. (**Manifestar aceptación**) 1.3. Las sesiones de hemodiálisis deberán ser de manera inter diaria en la semana, con los dos intervalos siguientes: lunes miércoles y viernes o martes, jueves y sábado. (**Manifestar aceptación**) 1.4. En caso que un paciente requiera sesiones de hemodiálisis extraordinarias deberá presentar informe médico del especialista sobre la justificación y contar con autorización del Responsable Departamental de Salud Renal – SEDES. (**Manifestar aceptación**) 1.5. El Proveedor debe brindar transporte en casos excepcionales y según solicitud del jefe de servicio, a pacientes con algún tipo de descompensación y/o impedimento motriz sin costo alguno. (**Manifestar aceptación**)	
2. RECURSOS HUMANOS *	2.1. El Proponente deberá contar con contratos del recurso humano de la unidad de hemodiálisis en cumplimiento a la Resolución Administrativa emitida por el SEDES, adjuntar fotocopia simple de contratos del siguiente personal: • Médico Nefrólogo • Médico de apoyo • Licenciada en Enfermería • Auxiliar de Enfermería • Regente Farmacéutico • Personal de Limpieza • Licenciada/o en Nutrición • Licenciada/o en Psicología • Licenciada/o en Trabajo Social • Secretaria y/o recepcionista y otros	
3. MANTENIMIENTO DE EQUIPOS Y PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA	3.1. El Proveedor deberá presentar plan de mantenimiento preventivo de las máquinas de Hemodiálisis y de cumplimiento una vez al año, y correctivo a requerimiento con firma y sello correspondiente. (Adjuntar lo solicitado) 3.2. El Proveedor deberá presentar el plan de mantenimiento preventivo cuatrimestral y correctivo a requerimiento, de las plantas de tratamiento de agua. (Adjuntar lo solicitado) 3.3. El Proveedor deberá realizar el estudio de agua físico-químico cada mes y bacteriológico de forma trimestral. **(Manifestar aceptación)** 3.4. El Proveedor deberá presentar un plan de contingencia que contemple equipamiento, energía y recursos humanos, ante la ocurrencia de cualquier eventualidad o emergencia sanitaria que pudiera afectar la continuidad del servicio. **(Manifestar aceptación)**	
4. EXÁMENES DE LABORATORIO POR PACIENTE	4.1. El Proveedor adjudicado deberá garantizar la realización de los laboratorios a los pacientes atendidos de acuerdo al siguiente detalle (**Manifestar aceptación**): **ENERO**: Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP	

		FEBRERO	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina	
		MARZO	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos.	
		ABRIL	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina	
		MAYO	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP	
		JUNIO	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos. Determinación de la Hormona Paratiroidea (PTHi)	
		JULIO	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP	
		AGOSTO	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina	

		SEPTIEMBRE	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos.	
		OCTUBRE	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina	
		NOVIEMBRE	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina	
		DICIEMBRE	Hemograma Completo, Glicemia, Creatinina, Nitrógeno Ureico Sérico Urea, Electrolitos en Sangre (Sodio, Potasio y Cloro), Transaminasas TGO, Transaminasas TGP Calcio, Fosfatemia (Fosforo en Sangre), Ácido úrico, Fosfatasa alcalina Hierro, Transferrina, Ferritina Sérica, Prueba Rápida para VIH/SIDA Serología: ELISA para Hepatitis B (Anticore y Antígeno Superficie), ELISA para Hepatitis C, Proteínas Totales y Fraccionadas (Albumina, globulina y relación albumina/globulina), Colesterol Total HDL – LDL – VLDL, Triglicéridos. Determinación de la Hormona Paratiroidea (PTHi)	
	4.2. El Proveedor adjudicado deberá otorgar los exámenes de laboratorios de ELISA para Hepatitis B, anticore para Hepatitis B, ELISA para Hepatitis C y PR-VIH como requisito indispensable para el egreso del beneficiario por cambio de Establecimiento que estén debidamente autorizados, sin costo adicional para los beneficiarios y beneficiarias. (**Manifestar aceptación**)			
5. MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS	5.1. El Proveedor deberá suministrar los medicamentos e insumos a los pacientes atendidos de acuerdo al paquete de prestaciones para la patología renal crónica que se detalla a continuación**:** • Medicamentos específicos, para el manejo del paciente renal crónico: HEPARINA SÓDICA ERITROPOYETINA HIERRO HIERRO (Como bisglicina quelato) SOLUCIÓN ACIDA SOLUCIÓN BÁSICA • Medicamentos de uso común esenciales, para el manejo del paciente renal crónico: COMPLEJO B (B1-B6-B12) ÁCIDO FÓLICO ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO AMLODIPINA ATORVASTATINA ENALAPRIL MALEATO LOSARTAN		

	OMEPRAZOL CARVEDILOL NIFEDIPINO METILDOPA (Alfametildopa) CALCIO (Carbonato o Citrato) Gluconato CALCICO (Calcio Gluconato) COLECALCIFEROL (VITAMINA D3) MULTIVITAMINAS IODO POVIDONA (YODOPOVIDONA) SOLUCIÓN DE MANITOL CLOREXIDINA GLUCONATO HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCIÓN FISIOLÓGICA • Medicamentos de uso común, utilizados para el manejo de las complicaciones agudas del paciente renal crónico: SOLUCIÓN DE GLUCOSA CLORURO DE SODIO METAMIZOL (DIPIRONA) DICLOFENACO SÓDICO • Insumos específicos, para el manejo del paciente renal crónico: AGUJA PARA FÍSTULA FILTRO PARA HEMODIÁLISIS TRANSDUCTOR PIEZA LÍNEAS ARTERIOVENOSA A-V APÓSITO ADHESIVOS • Insumos de uso común esenciales, para el manejo del paciente renal crónico: LLAVE DE 3 VÍAS BARBIJO TELA ADHESIVA GORRO DESCARTABLE BATA GUANTES DESCARTABLES ACIDO CÍTRICO EQUIPO DE VENOCLÍSIS JERINGAS DESCARTABLES ÁCIDO PERACÉTICO 2% GUANTES QUIRÚRGICOS ESTÉRILES NOTA: Los medicamentos deben ser administrados de acuerdo a criterio médico y de manera gratuita. **(manifestar aceptación)**	
6. DECLARACIÓN JURADA	6.1. Declaración Jurada de Conocimiento y Compromiso de Cumplimiento de Prácticas Prohibidas y Elegibilidad. **(manifestar aceptación)**	
7. RESCISIÓN DE CONVENIOS	7.1. Las Unidades de Hemodiálisis Nuevas del subsector privado que suscriban Convenios Interinstitucionales para la prestación de servicios de hemodiálisis, serán sujetas a supervisión previa y posterior a la firma del Convenio. En caso de evidenciarse el incumplimiento de cualquiera de los requisitos establecidos y condiciones requeridas de las especificaciones técnicas, se procederá a la rescisión inmediata del mismo. **(manifestar aceptación)**	
8. CRITERIOS DE ACCESIBILIDAD Y COBERTURA	8.1. El el proceso de selección estará sujeto a la necesidad institucional debidamente justificada, respaldada por informes técnicos de los SEDES, y a criterios de accesibilidad y cobertura territorial, priorizando la ubicación geográfica según los requerimientos del servicio. **(manifestar aceptación)**	

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

(Firma del Propietario o Representante Legal Proponente)

(Nombre completo del Propietario o Representante Legal)