**Anexo T1 (T Uno)**

**“Requerimiento por Unidad Médica de sesiones para pacientes en Hemodiálisis Interna”**

****

**Anexo T2 (T Dos) “Requerimiento de Equipo e Insumos complementarios”**

1. **ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS.**

**Las características de la máquina de hemodiálisis deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud, clave 531.340.0169**

**B) PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA.**

**Compendio Nacional de Insumos para la Salud, clave: 531.829.0235**

**C) BIENES DE CONSUMO PARA HEMODIÁLISIS DE ADULTO Y PEDIÁTRICO.**

| **No** | **Descripción** | **Propuesta del Licitante** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Filtro para hemodiálisis, o dializadores de membrana sintética y/o celulosa modificada de 0.4 m2 hasta 2.0 m2. |  |
| 2 | Juego de líneas arterial y venosa, desechable, estéril, con conectores, con o sin protectores de transductor de presión, compatible con la máquina de hemodiálisis de la marca correspondiente, con diferentes volúmenes de cebado para adulto y pediátrico. |  |
| 3 | Ácido en solución líquidos concentrados para hemodiálisis de acuerdo con marca y modelo de la máquina con variabilidad en concentración de Potasio de 0 o 2.0. |  |
| 4 | Bicarbonato de sodio en polvo, cartucho o solución. Para uso no parenteral; para conductividad de acuerdo con la marca de la máquina; para ácido específico, presentación en paquete o bolsa que se adecue a la máquina propuesta. |  |
| 5 | Cánula para punción de fístula arteriovenosa interna: consta de tubo de elastómero de silicón de 15 o 30 cm. de longitud, con obturador y adaptador luer lock, mariposa y aguja calibre 15 o 16 adulto y 16 o17 g. pediátrico y con orificio posterior al bisel; un lumen. |  |
| 6 | Material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter o fistula, según corresponda, conteniendo al menos:  Material estéril para conexión de catéter:  2 pares de guantes  2 jeringas desechables  8 gasas (recomendable de 7 cm X 5 cm)  1 campo de tela absorbente  Material estéril para desconexión de catéter:  1 par de guantes  6 gasas  2 tapones de Luer Lock para catéter  1 apósito especial para catéter  Material estéril para conexión de fístula:  1 par de guantes  5 gasas  2 campos de tela absorbente  Material estéril para desconexión de fístula:  1 par de guantes  6 gasas  2 apósitos especiales para fístula |  |

**D) ACCESOS VASCULARES; CATÉTERES TEMPORALES, PERMANENTES E INJERTOS VASCULARES TUBULARES HETEROLÓGOS DE ACUERDO AL COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS PARA LA SALUD VIGENTE.**

| **No** | **Descripción** | **Propuesta del Licitante** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Descripción (se describen para presentación de oferta técnica) |  |
| 2 | 060.345.0149 Para hemodiálisis, pediátrico.  Inserción en subclavia, yugular o femoral, doble lumen. Contiene Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.  Un catéter doble lumen calibre de 8 a 10 fr, longitud 130 a 150 mm, con obturador, un dilatador y extensiones curvas.  Tipo: mahurkar.  Estéril y desechable |  |
| 3 | 060.345.2301Para hemodiálisis. Adulto.  De inserción en subclavia, yugular o femoral doble lumen, incluye: Una cánula, Una jeringa de 5 ml, Una guía de acero inoxidable.  Un catéter doble lumen calibre de 11 a 12 fr, longitud de 185 a 205 mm con obturador y un dilatador con extensiones curvas.  Tipo: mahurkar.  Estéril y desechable. |  |
| 4 | 060.166.0533 Catéter permanente, para hemodiálisis.  Tamaño adulto, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetros internos de 1.80 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 2.0 mm a 3.20 mm en el lado venoso, con longitud de 31.5 a 37.0 cm, con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:  Catéter de doble lumen.  Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible.  Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.  Estéril y desechable.  Pieza |  |
| 5 | 060.166.0541 Catéter permanente, para hemodiálisis. Tamaño pediátrico, de doble lumen, de elastómero de silicón, con diámetro interno de 1.5 mm a 2.0 mm en el lado arterial y de 1.5 mm a 1.2 mm en el lado venoso, con longitud de 27.0 cm a 30.0 cm con separación mínima de 2.5 cm entre segmento arterial y venoso, con un orificio lateral como mínimo en la pared arterial, con extensiones y pinzas de alta resistencia, incluye equipo introductor el cual contiene:  Catéter de doble lumen.  Aguja introductora calibre 18 g. Introductor con camisa desprendible.  Guía de alambre de 0.038", con longitud de 68.0 cm como mínimo. Jeringa de 5 ml y 2 tapones de inyección.  Estéril y desechable. |  |
| 6 | Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, ó o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 A 60 cm., x 5, mm., de diámetro. |  |
| 7 | Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 6 mm., de diámetro. |  |
| 8 | Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, o ptfe, estéril y desechable. Longitud 40 a 60 cm., x 8 mm., de diámetro. |  |

**E) DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SILLÓN CLÍNICO**

| **No.** | **Descripción** | **Propuesta del prestador del servicio** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Reclinables que logren un decúbito dorsal adecuado para procedimientos médicos durante la sesión. |  |
| 2 | Seguros para el paciente y personal de enfermería. |  |
| 3 | Vida media promedio de uso de tres años |  |
| 4 | De fácil limpieza. |  |
| 5 | Ergonómicamente diseñado que permita el trendelemburg por cada máquina. |  |
| 6 | Con sistema de freno con aletas laterales en ambos lados. |  |

**ANEXO T3 (T-Tres)**

**CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DEL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS INTERNA**

**  
ENTIDAD**

**  
UNIDAD MÉDICA:**

|  |
| --- |
| **PRESTADOR DEL SERVICIO:** |
| **NÚMERO DE CONTRATO:** |

****

****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AÑO:** | **PRUEBAS BIOLÓGICAS (BIMESTRAL)** | | **PRUEBAS QUÍMICAS (ANUAL)** | |
| **MES** | **FECHA MÁXIMA DE ENTREGA** | **CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO)** | **FECHA MÁXIMA DE ENTREGA** | **CUMPLE CON ESPECIFICACIONES (SI/NO)** |
| **ENERO** |  |  |  |  |
| **FEBRERO** |  |  |  |  |
| **MARZO** |  |  |  |  |
| **ABRIL** |  |  |  |  |
| **MAYO** |  |  |  |  |
| **JUNIO** |  |  |  |  |
| **JULIO** |  |  |  |  |
| **AGOSTO** |  |  |  |  |
| **SEPTIEMBRE** |  |  |  |  |
| **OCTUBRE** |  |  |  |  |
| **NOVIEMBRE** |  |  |  |  |
| **DICIEMBRE** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y FIRMA**  **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** | **NOMBRE Y FIRMA**  **REPRESENTANTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO** |

**ANEXO T3 (T- Tres)**

**Instructivo de llenado.**

1. Anotar la Entidad que corresponda.
2. Anotar la Unidad Médica que corresponda.
3. Anotar el nombre del prestador del servicio que corresponda.
4. Anotar el número de contrato que corresponda.
5. Anotar el año al que se refiere.
6. Anotar la fecha de las pruebas biológicas que acuerde el administrador del contrato con el prestador del servicio.
7. Anotar si cumple con los parámetros establecidos en la norma 003-SSA3-2010 para la práctica de hemodiálisis.
8. Anotar la fecha de las pruebas químicas que acuerde el administrador del contrato con el prestador del servicio.
9. Anotar si cumple con los parámetros establecidos en la norma 003-SSA3-2010 para la práctica de hemodiálisis.

**ANEXO T4 (T-Cuatro)**

**ENTREGA MENSUAL DE ACCESOS VASCULARES DEL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS INTERNA  
  
ENTIDAD**

**  
UNIDAD MÉDICA:**

|  |
| --- |
| **PRESTADOR DEL SERVICIO:** |
| **NÚMERO DE CONTRATO:** |

****

1. **Ingresos del mes previo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Catéter Temporal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Catéter Permanente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Injerto Vascular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Total de entrega \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nota: Se entregarán el mismo número de Catéteres Temporales o Permanentes con respecto al número de ingresos del mes previo más uno.**

**  
 Fecha:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y FIRMA**  **ADMINISTRADOR DEL CONTRATO** | **NOMBRE Y FIRMA**  **REPRESENTANTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO** |

**ANEXO T4 (T-Cuatro)**

**Instructivo de llenado.**

1. Anotar la Entidad que corresponda.
2. Anotar la Unidad Médica que corresponda.
3. Anotar el nombre del prestador del servicio que corresponda.
4. Anotar el número de contrato que corresponda.
5. Anotar el número de pacientes que ingresaron en el mes previo al programa de hemodiálisis interna.
6. Anotar el número de catéteres temporales entregados a la unidad médica.
7. Anotar el número de catéteres permanentes entregados a la unidad médica.
8. Anotar el número de injertos vasculares entregados a la unidad médica.
9. Anotar la suma de los catéteres temporales más los catéteres permanentes más los injertos vasculares entregados a la unidad médica.
10. Anotar la fecha de entrega de los accesos vasculares a la unidad.

**Anexo T5 (T-Cinco)**

**TABLA CIFRAS DE CONTROL DE REGISTRO NOMINAL HEMODIÁLISIS INTERNA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestador del servicio** | **Entidad** | **Unidad Médica** | **Tipo** | **CLUE** | **CLV/ PRES** | **No. Contrato** | **Importe Mensual Ejercido** | **Realizado** | **Modalidad** | **Mes** | **Año** |
| (Nombre del Prestador del servicio) |  | (Nombre de la Unidad Médica) | (Tipo de la Unidad Médica) | Clave Única de Establecimientos de Salud | (Clave presupuestal de la Unidad Médica | (Número de Contrato) | (Importe Mensual de las Sesiones realizadas) | (Número de Sesiones Realizadas) | (Hemodiálisis Interna) | (Del 26 al 25 de cada mes) | (Año) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Anexo T6 (T-Seis)**

**DIRECTORIO DE UNIDADES MÉDICAS**

