# ANEXO T0 (T-CERO) OFERTA TÉCNICA

**Anexo T 0 (T-cero)**

**Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada**

**Licitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Hemodiálisis Subrogada** | |  |  | |  |  |
| **Domicilio:** |  | |  | |  |  |
|  | |  | **C.P.:** | |  |
|  | | **Teléfono:** | **Ext:** | |  |  |
| **Municipio/Delegación:** | |  | **Estado:** | |  |  |
| **Horario de Atención:** | |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Médico Nefrólogo:** |  |  |  |  |  |  |
| **Número de Cédula Profesional** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Hemodiálisis Subrogada** | **Total m2** | **Se ubica dentro de un Hospital** | | |
| a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris) |  | Si | No | |
| **Máquinas de Hemodiálisis** | | | |
| b) Número de máquinas de Hemodiálisis | **Total** | **Sero positivo** | | **Sero negativo** |
|  |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipamiento** | **Marca (s):** | **Modelo (s):** |
| Máquina de Hemodiálisis |  |  |
| Sistema de tratamiento de agua |  |  |
| Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo) |  |  |

| **Cuenta con:** | |
| --- | --- |
| Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento) | No Certificado |
|  |  |

**Anexo T 0 (T-cero)**

**Servicios**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicios al paciente** | | |
| **El servicio incluye:** | **Si** | **No** |
| Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional |  |  |
| Realización de estudios de laboratorio con la periodicidad solicitada |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicios de traslado** | **Si** | **No** | **Propio** | **Subrogado** |
| Cuenta con servicio de traslado en ambulancia |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otros Servicios** | **Si** | **No** |
| El área de tratamiento es considerada como semi-restringida (zona gris) |  |  |
| Cuenta con las áreas Infraestructura, Equipamiento y Suministro” del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, “Para la práctica de la hemodiálisis”. |  |  |
| Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010. |  |  |
| Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010. |  |  |
| Reproceso de Dializadores. |  |  |
| Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos**.** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entidad Federativa** | **Unidad Médica** | | **Distancia (km)** | **Requerimiento Anexo T1 Sesiones** | **Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 3 turnos** | **Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 5 turnos** |
| **Tipo y Número** | **Localidad** | **Máximo** | **936 /año**  **sesiones mínimo por máquina** | **1560/año**  **Sesiones máximas por año** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Total:** | | | |  |  |  |

**Anexo T 0 (T-cero)**

**Normatividad**

Anexar copia legible de la documentación que se señala a continuación.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** | **Número de Folio** |
| **Aviso de Funcionamiento** |  |  |  |
| **Licencia Sanitaria** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Responsable Sanitario** | **Nombre** | **Número de Folio** |
| **De la Unidad de Hemodiálisis** |  |  |

Fecha:

Nombre y cargo del médico responsable de la Unidad de Hemodiálisis:

# Instrucciones de llenado del Formato de Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada, parte del Anexo T 0 (T cero)

**Instrucciones de llenado:**

1. Deberá anotar el nombre del licitante y el nombre de la unidad de Hemodiálisis Subrogada exactamente como aparece en el Acta Constitutiva del Establecimiento o en la Cédula del Registro Federal de Contribuyentes, El domicilio debe ser proporcionado de forma completa, incluyendo número exterior, código postal, (Lote y Manzana, en su caso), Colonia y entre calles, para una mejor ubicación del mismo.
2. Anotar el nombre completo del Médico Nefrólogo, Numero de Cedula Profesional.
3. Deberá anotar los metros cuadrados del área gris, el número de máquinas de hemodiálisis
4. Deberá anotar la(s) marca(s) y modelo(s) del equipamiento.
5. Marcar con una X si cuenta con “certificación / proceso de certificación por el consejo de salubridad General” o “No Certificado”.
6. Marcar con una X si los servicios al paciente incluyen o no:
   1. Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional.
   2. Realización de estudios de laboratorio con periodicidad solicitada.
7. Marcar con una X la respuesta (Si) (No) (Propio) (Subrogado) según cumpla la afirmación: “Cuenta con servicio de traslado en ambulancia”
8. Marcar con una X (Si) (No) para las afirmaciones siguientes:
   1. El área de tratamiento deberá ser considerada área semi-restringida (área gris).
   2. Cuenta con las áreas Infraestructura, Equipamiento y Suministro” del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, “Para la práctica de la hemodiálisis”.
   3. Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010
   4. Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010
   5. Reproceso de Dializadores
   6. Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos**.**
9. Anotar los requerimientos del T1 en Sesiones (máximo) y hacer el cálculo para las máquinas requeridas por partida de Hemodiálisis de acuerdo a la siguiente formula: máximo/936=Número de máquinas; también anotar la unidad del IMSS-BIENESTAR (Tipo y número, localidad y distancia en km) La Distancia corresponderá dentro de un radio de distancia en kilómetros de la Unidad Médica a la que pretenda prestarse el servicio.
10. Anotar en “aviso de funcionamiento” de la unidad de Hemodiálisis y la licencia Sanitaria, (Si) (No), y el Número de folio.
11. Anotar en “Responsable Sanitario” de la unidad de Hemodiálisis u otras el nombre y Número de folio.
12. Al Final Anotar la fecha, Nombre del Director de la unidad de Hemodiálisis

**Anexo T 0 (T-cero)**

**Identificación de la Unidad de Hemodiálisis Subrogada**

**Licitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Hemodiálisis Subrogada** | |  |  | |  |  |
| **Domicilio:** |  | |  | |  |  |
|  | |  | **C.P.:** | |  |
|  | | **Teléfono:** | **Ext:** | |  |  |
| **Municipio/Alcaldía** | |  | **Estado:** | |  |  |
| **Horario de Atención:** | |  |  | |  |  |

**2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Médico Nefrólogo:** |  |  |  |  |  |  |
| **Número de Cédula Profesional** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad de Hemodiálisis Subrogada** | **Total m2** | | **Se ubica dentro de un Hospital** | | |
| a) Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris) |  | | Si | | No |
| **Máquinas de Hemodiálisis** | | | | |
| b) Número de máquinas de Hemodiálisis | **Total** | **Sero positivo** | | **Sero negativo** | |
|  |  | |  | |

**4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipamiento** | **Marca (s):** | **Modelo (s):** |
| Máquina de Hemodiálisis |  |  |
| Sistema de tratamiento de agua |  |  |
| Equipo de reprocesamiento automático de dializadores (en caso de usarlo) |  |  |

**5**

| **Cuenta con:** | |
| --- | --- |
| Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General (Anexar documento) | No Certificado |
|  |  |

**Anexo T 0 (T-cero)**

**Servicios**

**66**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servicios al paciente** | | |
| **El servicio incluye:** | **Si** | **No** |
| Colocación de acceso vascular permanente y mantenerlo funcional |  |  |
| Realización de estudios de laboratorio con la periodicidad solicitada |  |  |

**76**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicios de traslado** | **Si** | **No** | **Propio** | **Subrogado** |
| Cuenta con servicio de traslado en ambulancia |  |  |  |  |

**86**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otros Servicios** | **Si** | **No** |
| El área de tratamiento es considerada como semi-restringida (zona gris) |  |  |
| Cuenta con las. Infraestructura, Equipamiento y Suministro” del presente documento, en apego a la NOM-003-SSA3-2010, “Para la práctica de la hemodiálisis”. |  |  |
| Se cumple con resultados de análisis bacteriológicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010. |  |  |
| Se cumple con resultados de análisis químicos dentro de los parámetros solicitados por la NOM-003-SSA3-2010. |  |  |
| Reproceso de Dializadores. |  |  |
| Contar con un sistema de información que incluya datos clínicos y administrativos, como mínimos**.** |  |  |
|  | | |

**96**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entidad Federativa** | **Unidad Médica** | | **Distancia (km)** | **Requerimiento Anexo T1 Sesiones** | **Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 3 turnos** | **Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida si su horario de atención es de 5 turnos** |
| **Tipo y Número** | **Localidad** | **936 /año**  **sesiones mínimo por máquina** | **1560/año**  **Sesiones máximas por año** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Total:** | | | |  |  |  |

**Anexo T 0 (T-cero)**

**Normatividad**

Anexar copia legible de la documentación que se señala a continuación.

**10**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** | **Número de Folio** |
| **Aviso de Funcionamiento** |  |  |  |
| **Licencia Sanitaria** |  |  |  |

**11**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Responsable Sanitario** | **Nombre** | **Número de Folio** |
| **De la Unidad de Hemodiálisis** |  |  |

**122**

Fecha:

Nombre del Director de la Unidad de Hemodiálisis:

Firma del Director de la Unidad de Hemodiálisis:

**ANEXO T1 REQUERIMIENTO DE SESIONES PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS SUBROGADA POR PARTIDA**



# ANEXO T2 (T-DOS) ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO MÉDICO E INSUMOS PARA HEMODIÁLISIS

## Características de la máquina de hemodiálisis.

**Deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud clave 531.340.0169.**

## Unidad de reprocesamiento de dializadores (en caso de optar por reprocesamiento de dializadores) deberán apegarse al Compendio Nacional de Insumos para la Salud CLAVE:531.340.0227

## Bienes de consumo para hemodiálisis de adulto y pediátrico

| **No** | **Descripción** | **Propuesta del proveedor** |
| --- | --- | --- |
| 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 y Calcio de 2.5 o 3.5 mEq/L. |  |
| 4 | Bicarbonato de sodio en polvo 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 o 17 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  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 circulares |  |

## Accesos vasculares; catéteres temporales, permanente e injertos vasculares tubulares heterólogos

**(De acuerdo al compendio nacional de insumos para la salud).**

| **No.** | **Descripción** | **Propuesta del proveedor** |
| --- | --- | --- |
| 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 o 10 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 o 10 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 o 10 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 o 10 ml y 2 tapones de inyección.  Estéril y desechable. |  |
| 6 | Injertos, tubular y anillado para hemodiálisis, de poliuretano, 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. |  |

1. Descripción técnica del sillón clínico

| **No.** | **Descripción** | **Propuesta del proveedor** |
| --- | --- | --- |
| 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 un año |  |
| 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 Cédula de verificación de las instalaciones en las unidades de hemodiálisis subrogadas

**Instrucciones: Marque con una “X”** **el** criterio que corresponda.

**P=** Ponderación: Requisito **(|)** Indispensable; **(O)** Opcional

**SC=** Si cumple; **NC=** No cumple; **NA=** No aplica

Se considera solvente cuando acredita el 100% de los Requisitos indispensables.

**Anexar evidencia fotográfica de los numerales que son Indispensables y que No se cumplan (deberá de anexarse en hojas impresas y en archivo digital en USB).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Licitante:** |  |  |

|  |
| --- |
| **Domicilio:** |
| **Horario de atención** |
| **Nombre del Médico responsable de la unidad de hemodiálisis** |

|  |
| --- |
| **Cuenta con:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Certificación/proceso de certificación por el Consejo de Salubridad General | No certificado |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unidad de Hemodiálisis | Total m2 | Se ubica dentro de un Hospital |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Metros Cuadrados del área de tratamiento de Hemodiálisis (anexar copia del croquis del área gris. |  | Si | No |
|  | Total de Máquinas | Sero positivo | Sero negativo |
| 1. Número de máquinas de Hemodiálisis |  |  |  |
| Metros cuadrados por máquina de hemodiálisis (a/b) |  | | |
| Marca (s) | | | |
| Modelo (s) | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entidad Federativa** | **Unidad Médica** | | **Distancia (km)** | **Requerimiento Anexo T1 Sesiones** | **Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida** | **Máquinas Requeridas para Hemodiálisis por partida** |
| **Tipo y Número** | **Localidad** | **Máximo** | **936 sesiones año por máquina\*** | **1560 sesiones año por maquina\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Nota: Datos con base en el número de turnos de la Unidad de Hemodiálisis**

| **No.** | **Especificación o criterio para verificar** | **P** | **SC** | **NC** | **NA** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Instalaciones físicas** |  |  |  |  |
| 1.1 | Área de recepción (ubicada a la entrada de la unidad con fácil acceso |  |  |  |  |
| 1.2 | Sala de espera |  |  |  |  |
| 1.3 | Sanitarios |  |  |  |  |
| 1.4 | Almacén |  |  |  |  |
| 1.5 | Cuarto Séptico con material para recoger excretas |  |  |  |  |
| 1.6 | Consultorio médico |  |  |  |  |
| 1.7 | En vestíbulo, recepción y sala de espera hay adecuada ventilación, limpieza, señalamientos y áreas suficientes para que pacientes y familiares permanezcan sentados y cómodos. |  |  |  |  |
| 1.8 | * Cumple con las disposiciones de la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.   Protección ambiental-Salud ambiental. Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.   * Cuentan con recipientes rojos rígidos herméticos para residuos peligrosos punzo cortantes, en su caso con bolsas de color rojo y/o amarillo translúcido. * Que los botes para basura municipal cuenten con bolsas y no se entren en ellos residuos peligrosos biológicos infecciosos. |  |  |  |  |
| 1.9 | Rampas de acceso a la unidad para pacientes con capacidades diferentes, las cuales cuentan con pasamanos. |  |  |  |  |
| 1.10 | Los pasillos y áreas comunes cuentan con los señalamientos necesarios para la adecuada circulación |  |  |  |  |
| 1.11 | Existe una adecuada distribución y separación de los lugares para efectuar la hemodiálisis y facilitar la vigilancia de la central de enfermería. |  |  |  |  |
| 1.12 | El establecimiento de atención médica cuenta con la Carta de Derechos Generales de los Pacientes y está ubicada en lugares visibles al público. |  |  |  |  |
| **2** | **Área de tratamiento dialítico por cada estación-paciente (Unidad)** |  |  |  |  |
| 2.1 | Riñón artificial. |  |  |  |  |
| 2.2 | El área mínima para una máquina y sillón clínico será de 3.0 m2 por estación. |  |  |  |  |
| 2.3 | Existe un área independiente para pacientes que requieren técnica de aislamiento. |  |  |  |  |
| 2.4 | Cuenta con central (es) de enfermería con visibilidad de los pacientes. |  |  |  |  |
| 2.5 | Tomas o tanque portátil de oxígeno con los accesorios para su utilización (cánula para aspiración). |  |  |  |  |
| 2.6 | Toma de aire o aspirador portátil con los accesorios para su utilización (cánula para aspiración). |  |  |  |  |
| 2.7 | Cuenta con material estéril necesario para conexión y desconexión para catéter y fístula. |  |  |  |  |
| 2.8 | Sillón clínico para hemodiálisis. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **Área de lavado y Esterilización** |  |  |  |  |
| 3.1 | Área de lavado y desinfección de material de curación |  |  |  |  |
| 3.2 | Sala de espera |  |  |  |  |
| **4** | **Área de tratamiento de agua para hemodiálisis** |  |  |  |  |
| 4.1 | Cisterna con capacidad suficiente para el tamaño del establecimiento de atención médica de hemodiálisis. |  |  |  |  |
| 4.2 | Bombas de impulsión. |  |  |  |  |
| 4.3 | Filtros de sedimentación |  |  |  |  |
| 4.4 | Filtros de ablandadores |  |  |  |  |
| 4.5 | Filtros de carbón activado |  |  |  |  |
| 4.6 | Ósmosis inversa |  |  |  |  |
| 4.7 | Filtros de polisulfona o de poliamida después de la ósmosis |  |  |  |  |
| **No.** | **Especificación o criterio a verificar** | **P** | **SC** | **NC** | **NA** |
| 4.8 | Tanque de almacenamiento con características especiales para el establecimiento de atención médica de hemodiálisis. |  |  |  |  |
| 4.9 | Red de distribución con llaves para la toma de muestras. |  |  |  |  |
| **5** | **Servicios Auxiliares** |  |  |  |  |
| 5.1 | Planta eléctrica de emergencia con capacidad para el abastecimiento de la unidad. |  |  |  |  |
| 5.2 | Cuenta con ambulancia para traslado de pacientes propia y/o contrato vigente, debiendo contar con las características mínimas al menos como se indican en el numeral 4.14 Ambulancia de urgencias básicas. |  |  |  |  |
| 5.3 | Contrato de prestación de servicio de laboratorio vigente. |  |  |  |  |
| **6.** | **Manuales y Registros** |  |  |  |  |
| 6.1 | Resultados anuales del análisis químico de la calidad del agua. |  |  |  |  |
| 6.2 | Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua. |  |  |  |  |
| 6.3 | Manual de procedimientos técnicos del servicio de hemodiálisis. |  |  |  |  |
| 6.4 | Manual de procedimientos técnicos de enfermería. |  |  |  |  |
| 6.5 | Manual de operación de la máquina de hemodiálisis (en español). |  |  |  |  |
| 6.6 | Manual de operación de la planta de tratamiento de agua. (En español). |  |  |  |  |
| 6.7 | Archivo clínico. |  |  |  |  |
| 6.8 | En el expediente se archivan las cartas de consentimiento informado. |  |  |  |  |
| 6.9 | El expediente se resguarda durante mínimo 5 años. |  |  |  |  |
| **7.** | **Mantenimiento preventivo y correctivo** |  |  |  |  |
| 7.1 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de las máquinas de hemodiálisis. |  |  |  |  |
| 7.2 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta de tratamiento de agua. |  |  |  |  |
| 7.3 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico. |  |  |  |  |
| 7.4 | Bitácora con registro de mantenimiento preventivo y correctivo de la planta eléctrica de emergencia. |  |  |  |  |
| 7.5 | El personal encargado del mantenimiento cuenta con capacitación específica. |  |  |  |  |
| 7.6 | Existe un servicio de Ingeniería Biomédica propio o subrogado, responsable del mantenimiento del equipo. |  |  |  |  |
| 7.7 | Existe un plan por escrito para el mantenimiento preventivo |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8** | **Equipamiento de la Unidad de Hemodiálisis** |  |  |  |  |
| 8.1 | Carro rojo con monitor y desfibrilador |  |  |  |  |
| 8.2 | Electrocardiógrafo |  |  |  |  |
| 8.3 | Báscula |  |  |  |  |
| 8.4 | Silla de ruedas |  |  |  |  |
| 8.5 | Carro de las curaciones |  |  |  |  |
| 8.6 | Camilla con barandales |  |  |  |  |
| **9** | **Área de consulta médica/Sala de procedimientos para las unidades que no se encuentran dentro de un hospital** |  |  |  |  |
| 9.1 | Mesa de exploración |  |  |  |  |
| 9.2 | Báscula |  |  |  |  |
| 9.3 | Esfigmomanómetro |  |  |  |  |
| 9.4 | Estetoscopio |  |  |  |  |
| 9.5 | Negatoscopio |  |  |  |  |
| 9.6 | Carro de curaciones |  |  |  |  |
| 9.7 | Tripiés rodables |  |  |  |  |
| 9.8 | Bancos |  |  |  |  |
| 9.9 | Bancos de altura |  |  |  |  |
| 9.10 | Estuche de diagnóstico |  |  |  |  |
| **10.** | **Recursos Humanos** |  |  |  |  |
| 10.1 | Certificado de especialización y cédula profesional del personal médico nefrólogo. |  |  |  |  |
| 10.2 | Copia títulos o certificados del personal de enfermería. |  |  |  |  |
| 10.3 | Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses. |  |  |  |  |
| 10.4 | Existe un rol de turnos de los médicos y un registro de su cumplimiento. |  |  |  |  |
| 10.5 | Se cumple con las cantidades planeadas por el establecimiento del personal de enfermería. |  |  |  |  |
| 11 | **Insumos** |  |  |  |  |
| 11.1 | Se tiene un inventario definido para cubrir las necesidades de insumos del establecimiento |  |  |  |  |
| 11.2 | Se cumple con el inventario mínimo establecido |  |  |  |  |
|  | **Especificación o criterio a verificar** |  |  |  |  |
| 11.3 | Se tiene un botiquín para los casos de urgencias y las necesidades más comunes. |  |  |  |  |
| **12** | Comités |  |  |  |  |
| 12.1 | Se cuenta con un Comité y registro de infecciones dentro del establecimiento de atención médica de hemodiálisis. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **POR EL INSTITUTO** | **POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA** | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | **NOMBRE Y FIRMA**  **DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** | | | | |
| **NOMBRE Y FIRMA** | | |
|  | **DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA** | |
| **VERIFICADOR POR EL INSTITUTO** | | | **PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA** | | | **NOMBRE Y FIRMA** | | | | |

# Guía para la requisición del Anexo T3 (T-tres)

****

# Anexo T4 (T-cuatro) Cédula de supervisión de las unidades de hemodiálisis subrogada

Instrucciones: Marque con una “X” el criterio que corresponda.

Esta cédula debe ser llenada con los datos generados los últimos 6 meses.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proveedor:** | **Nombre Unidad de Hemodiálisis Subrogada:** | | | | **Fecha de la visita:** | |
| **Localidad (Alcaldía)** | **Unidad Médica:** | | | |
| **Domicilio:** | | | | | | |
| **Certificación del Consejo de Salubridad General** | | **SI ( )** | | **NO ( )** | | **Trámite ( )** |
| **Nombre del médico responsable de la unidad de hemodiálisis:** | | | | | | |
| **No. de equipos de hemodiálisis:** | | | | | | |
| **Marcas(s):** | | | **Modelo(s):** | | | |
| **Número total de pacientes IMSS-BIENESTAR atendidos:** | | | | | | |

| **No.** | **Criterio por verificar** | **Si cumple** | **No cumple** | **Instrucciones para el supervisor** | **Observaciones** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogados con: acceso vascular temporal o acceso vascular definitivo. |  |  | Documento que observa el registro de pacientes subrogados, pacientes con acceso vascular temporal y acceso vascular definitivo. |  |
| 2 | Periodicidad de las sesiones de hemodiálisis. |  |  | Verificar evidencias documentales del número de sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS-BIENESTAR. |  |
| 3 | Duración de las sesiones de hemodiálisis. |  |  | Verificar evidencias documentales del tiempo de duración de las sesiones realizadas por paciente, prescritas por el médico IMSS-BIENESTAR. |  |
| 4 | Resultado anual del análisis químico de la calidad del agua |  |  | Validar el resultado de la prueba química de la calidad del agua. |  |
| 5 | Resultado bimestral del análisis bacteriológico de la calidad del agua, de la planta de tratamiento y máquinas de hemodiálisis. |  |  | Validar el resultado de las pruebas bacteriológicas de la calidad del agua. |  |
| 6 | Sanitización del sistema de agua tratada. |  |  | Documento que exhibe el registro de sanitizaciones realizadas al sistema de tratamiento de agua para hemodiálisis y debe contener la fecha, nombre y firma de quien lo efectuó. |  |
| 7 | Copia de certificado de especialización, cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad |  |  | Verificar copia de certificado de especialización y cédula profesional del médico nefrólogo responsable de la unidad del médico nefrólogo. |  |
| 8 | Copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería. |  |  | Verificar copia de títulos o certificados que comprueben estudios de enfermería. |  |
| 9 | Existe por lo menos un médico por turno. |  |  | Verificar documento de rol de médicos. |  |
| 10 | Constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses del personal de enfermería. |  |  | Documento que demuestre la constancia de capacitación y/o adiestramiento en hemodiálisis mínimo por 6 meses. |  |
| 11 | Registro de tratamientos suspendidos y sus causas. |  |  | Validar registro de tratamientos suspendidos y sus causas. |  |
| 12 | Registro de pacientes según tipo de serología positiva |  |  | Validar registro de pacientes según tipo de serología positiva |  |
| 13 | Registro de pacientes con seroconversión |  |  | Validar registro de pacientes con seroconversión |  |
| 14 | Cumplimiento de lavado de manos por parte del personal de enfermería. |  |  | Documento que demuestre capacitación en el lavado de manos |  |
| 15 | Al ingreso al tratamiento de hemodiálisis, los pacientes deberán ingresar con Indumentaria limpia, sin objetos que ocasionen contaminación durante la sesión de hemodiálisis |  |  | Verificar al ingreso de los pacientes al área gris del tratamiento de hemodiálisis no traigan objetos que pudieran contaminar durante el proceso del tratamiento. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Del registro nominal de pacientes en hemodiálisis subrogada, especificar:** | **No. De pacientes** |
| 16. No. total, de pacientes atendidos de la Unidad Médica del IMSS-BIENESTAR en la Unidad de Hemodiálisis Subrogada, al momento de la visita\*\* |  |
| 17. Número de pacientes portadores de Fístula Arterio Venosa Interna Funcional (FAVI) (funcional será aquella FAVI que se esté utilizando en forma continua por un mes sin problemas en la conexión) |  |
| 18. Número de pacientes portadores de catéter tunelado Funcional (funcional será aquel catéter tunelado que se esté utilizando en forma continua por un mes sin problemas en la conexión) |  |
| 19. Número de pacientes portadores de catéter temporal no tunelado. |  |
| 20. Número de pacientes portadores de catéter temporal no tunelado con más de 3 meses de atención en la unidad de hemodiálisis subrogada del contrato vigente. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POR EL ORGANISMO** |  | **POR LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA** |
|  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA** | **NOMBRE Y FIRMA** |
| **DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA** | **DIRECTOR DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** |
| **VERIFICADOR POR EL ORGANISMO** | **PERSONAL DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS** |
| **NOMBRE Y FIRMA** | **NOMBRE Y FIRMA** |

**ANEXO T5 (T-CINCO)**

**CALENDARIO PARA ENTREGA DE LAS PRUEBAS DE LA CALIDAD DEL AGUA DE HEMODIALISIS SUBROGADA**

**ENTIDAD FEDERATIVA:**

**UNIDAD MÉDICA:**

|  |  |
| --- | --- |
| PRESTADOR DEL SERVICIO: | UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA: |
|  | 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 |  |  |  |  |

Lugar: Fecha:

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

# ANEXO T6 (T-SEIS) CALENDARIO PARA ENTREGA MENSUAL DE CATÉTERES

**ENTIDAD FEDERATIVA:**

**UNIDAD MÉDICA:**

|  |  |
| --- | --- |
| PROVEEDOR: | UNIDAD DE HEMODIÁLISIS SUBROGADA: |
|  | NÚMERO DE CONTRATO: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AÑO: | CATÉTER PERMANENTE | CATÉTER TEMPORAL | TOTAL |
| MES | CANTIDAD | CANTIDAD |
| ENERO |  |  |  |
| FEBRERO |  |  |  |
| MARZO |  |  |  |
| ABRIL |  |  |  |
| MAYO |  |  |  |
| JUNIO |  |  |  |
| JULIO |  |  |  |
| AGOSTO |  |  |  |
| SEPTIEMBRE |  |  |  |
| OCTUBRE |  |  |  |
| NOVIEMBRE |  |  |  |
| DICIEMBRE |  |  |  |

Lugar: Fecha:

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

# Anexo T7 (T-siete) Tabla cifras de control de registro nominal hemodiálisis subrogado

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROVEEDOR** | **(Número de la Unidad Médica)** | **(Nombre de la Unidad Médica)** | **TIPO** | **No.** | **CLAVE PRESUPUESTAL** | **No. CONTRATO** | **IMPORTE MENSUAL EJERCIDO** | **REALIZADO** | **MODALIDAD** | **MES** | **AÑO** |
| **(Nombre del Prestador del Servicio)** | **(Tipo de la Unidad Médica. Referencia Catálogo de Procedimientos)** | **(Número de la Unidad Médica)** | **(Clave presupuestal de la Unidad Médica)** | **(Número de Contrato)** | **(Importe Mensual de las Sesiones realizadas)** | **(Número de Sesiones Realizadas)** | **(Hemodiálisis Subrogada)** | **(Del 26 al 25 de cada mes)** | **(Año)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# ANEXO T8 (T-OCHO) DIRECTORIO **DE UNIDADES MÉDICAS**

# 

# ANEXO T9 (T-NUEVE) FORMATO DE SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS

**Interfaz de usuario gráfica

Descripción generada automáticamente**

## Instructivo de llenado Solicitud de Subrogación de Servicios

| **No.** | **DATO** | **ANOTAR** |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Entidad Federativa** | El nombre de la Entidad Federativa de las cuales depende la unidad médica. |
| **2** | **Folio** | El número consecutivo que corresponda, estructurados de seis dígitos; de izquierda a derecha, los cuatro primeros serán continuos utilizando ceros a la izquierda para no dejar espacios en blanco, los dos siguientes serán los dos últimos dígitos de la terminación del año respectivo. Su corte será por año natural. |
| NOTA: Deberá procurarse sea pre impreso. El dato servirá a la Dirección de la Unidad para el control diario de las solicitudes que se expidan y su correlación con la estadística mensual que se genere con base en los servicios médicos subrogados pagados. | | |
| **3** | **Fecha** | Con números arábigos el día, mes y año en que se solicita el servicio. Si el dato es de un dígito, anteponer un 0. Para referir el año, invariablemente se utilizarán cuatro dígitos. (Ejem. 08-02-2002). |
| **4** | **Unidad Médica** | La clave presupuestal, el tipo, número y su localidad. (Ejem. UMF 4, San Mateo del Mar, Oax.). |
| **5** | **Paciente** | Los datos que identifican a la o el paciente como son: apellido paterno, materno y el o los nombres, sexo y su CURP. |
| **6** | **Servicio que deriva** | El nombre del departamento donde se genera la solicitud del Servicio/ Departamentos (consulta externa de medicina familiar o especialidad, urgencias, cirugía, medicina interna, pediatría o ginecología y obstetricia y en su caso, la sub especialidad). |
| **7** | **Tipo de servicio** | Con una X ordinario o urgente, de acuerdo a la oportunidad con la que determine la o el médico tratante debe recibir el servicio la o el paciente. |
| **8** | **Motivo de subrogación** | CS: carencia del servicio, FP: falta de personal, FE: falta de equipo o equipo descompuesto, FI: falta de insumos. |
| **9** | **Ramo de seguro que se afecta** | Con una X el recuadro que corresponda, apoyándose de los medios propicios para su adecuada identificación, inclusive con interrogatorio a la o el paciente o su acompañante.(RT: riesgo de trabajo; EG: enfermedad general MAT maternidad; IV: invalidez y vida; PEN: pensionado; SpFAM: seguro de salud para la familia). |
| **10** | **Tipo de subrogación** | Con una X el recuadro que corresponda según sea el caso, única si el servicio subrogado se otorga por única ocasión, múltiple cuando el servicio se otorga por más de una ocasión o Hemodiálisis Subrogada cuando la o el paciente es enviado a este programa. |
| **11** | **RFC** | Anotar el número de Registro Federal de Contribuyentes |
| **12** | **Diagnóstico y Resumen clínico** | El nombre de los procedimientos o los diagnósticos de certeza o presuncional, y todos aquellos signos o síntomas que sustenten la solicitud del servicio, los cuales serán evaluados y sancionados en su oportunidad por la o el Jefe de Departamento Clínico y/o la o el Director o encargado de la unidad médica. |
| **13** | **Grupo a subrogar** | Con una X en el grupo a subrogar que corresponda el estudio a practicar ejemplo: Tomografía pertenece a Auxiliares de Diagnostico Gabinete. |
| **14** | **Servicio (s) a subrogar** | La cantidad y el tipo de servicio que se requiere practicar a la o el paciente para su atención. |
| **15** | **Proveedor** | El nombre completo o razón social del prestador de los servicios subrogados, RFC, domicilio, teléfono, número de contrato y vigencia, con base al registro de proveedores que elabore cada unidad médica. |
| **16** | **Elaboró** | Nombre, matrícula y firma de la o el responsable de su elaboración. |
| **17** | **Vo. Bo.** | Jefe de Servicio Nombre, matrícula y firma. |
| **18** | **Aut. del Director de la Unidad** | Nombre, matrícula y firma de la o el Director de la unidad médica o de quien él designe. |
| **19** | **Constancia de que el servicio se recibió** | Datos generales de la o el paciente, familiar o responsable que firmará después de recibir el SS. |

# Anexo T9 BIS (T-nueve bis) Características de operación del Servicio Médico de Hemodiálisis Subrogada.

|  |  |
| --- | --- |
| **Observación** | **Propuesta de mejora** |
| Acceso vascular permanente | La implantación del acceso vascular definitivo será responsabilidad del licitante adjudicado, mismo que deberá garantizar un acceso vascular funcional. Las complicaciones de tipo infeccioso y el agotamiento de accesos vasculares serán tratadas en medio hospitalario, procurando no suspender las sesiones de hemodiálisis. |
| Paciente grave o inestable | La referencia de pacientes bajo condiciones de gravedad o inestabilidad hemodinámica o respiratoria deberá evitarse y ser tratados en medio hospitalario hasta su mejoría y garantizar su seguridad en el traslado a la unidad de hemodiálisis subrogada. Para la mejor recepción del paciente es indispensable la comunicación entre la autoridad médica del IMSS-BIENESTAR con el responsable médico de la unidad subrogada. |
| Pacientes puérperas o embarazadas | Las mujeres puérperas o embarazadas estables hemodinámicamente deberán ser incluidas para recibir el tratamiento de hemodiálisis subrogada ajustada a sus necesidades individuales. |
| Prescripción de la sesión de hemodiálisis | La prescripción de la hemodiálisis será por parte del médico Nefrólogo de la unidad de referencia del Organismo, de manera individualizada en cada paciente, en apego a la NOM para la práctica de la Hemodiálisis; y deberá garantizar un Kt/v de 1.2 a 1.4. |
| Formato de referencia | Todo paciente referido a tratamiento de hemodiálisis subrogada deberá contar con **Formato Solicitud de Subrogación de Servicios**, el cual deberá contar con sello de vigencia de derechos y especificar la temporalidad del tratamiento, para fines de este tratamiento se entenderá por TEMPORAL al paciente que es referido para ser tratada por un tiempo máximo de 12 semanas; y DEFINITIVO al paciente que es referido para recibir tratamiento de manera permanente, en cuyo caso el formato ampara desde la fecha de envío hasta el último del del año; y el formato deberá ser actualizado cada año. |
| **Ministración de medicamentos** |  |
| Prestación del servicio de hemodiálisis por médicos de apoyo | La unidad de hemodiálisis subrogada deberá garantizar la seguridad del paciente durante su tratamiento, el Médico Nefrólogo es responsable de la prescripción del tratamiento y atención de las complicaciones derivadas, durante y posterior a la sesión. |
| Sobre los pacientes Seropositivos | El contar con panel viral positivo no excluye al paciente del tratamiento, la unidad de hemodiálisis deberá garantizar máquinas exclusivas para pacientes portadores de virus de hepatitis B, C o VIH y garantizar las medidas de seguridad necesarias. |

|  |
| --- |
| Anexo T10 (T-diez) Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis Subrogada |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre o Razón Social del Prestador del Servicio** | | | | **Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada** | |  |
|  | | | |  | |  |
| **Nombre de la Unidad Médica:** | | | | **Número de la Unidad Médica** | |  |
| **Nombre del Paciente:** | | | | | |  |
| **Identificación del Paciente por parte del Prestador del Servicio**  **(solo si se tiene algún número o código de identificación):** | | | | | |  |
| **Días de Sesión de Hemodiálisis: (Marcar con una "X")** | | | **L M M J V S D** | | **No. de Máquina de Hemodiálisis:** |  |
| **Procedimientos de Hemodiálisis Recibidos** | | | | | |  |
| **No.** | **Fecha** | **Nombre Completo del Paciente** | | **Firma** | **Nombre y Firma del Familiar  (Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar)** |  |
| **1** |  |  | |  |  |  |
| **2** |  |  | |  |  |  |
| **3** |  |  | |  |  |  |
| **4** |  |  | |  |  |  |
| **5** |  |  | |  |  |  |
| **6** |  |  | |  |  |  |
| **7** |  |  | |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Anexo T10 (T-diez) Relación de Asistencia de Pacientes en Hemodiálisis**  **Subrogada** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre o Razón Social del Prestador del Servicio** | | | | **Domicilio y Teléfono de la Unidad Subrogada** | |  |
|  | | | |  | |  |
| **Nombre de la Unidad Médica:** | | | | **Número de la Unidad Médica** | |  |
| **Nombre del Paciente:** | | | | | |  |
| **Identificación del Paciente por parte del Proveedor**  **(solo si se tiene algún número o código de identificación):** | | | | | |  |
| **Días de Sesión de Hemodiálisis:  (Marcar con una "X")** | | | **L M M J V S D** | | **No. de Máquina de Hemodiálisis:** |  |
| **Procedimientos de Hemodiálisis Recibidos** | | | | | |  |
| **No.** | **Fecha** | **Nombre Completo del Paciente** | | **Firma** | **Nombre y Firma del Familiar  (Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar)** |  |
| **1** |  |  | |  |  |  |
| **2** |  |  | |  |  |  |
| **3** |  |  | |  |  |  |
| **4** |  |  | |  |  |  |
| **5** |  |  | |  |  |  |
| **6** |  |  | |  |  |  |

# Anexo TI. 2 (TI. dos) Escrito en formato libre

[Hoja membretada por el licitante del servicio]

*Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al ESCRITO en FORMATO LIBRE que deberá presentarse para los participantes de todas las* ***Partidas*** *y que se deberá integrar en su propuesta técnica correspondiente al sistema de información ofertado por partida.*

======================================================================================================

**[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL ESCRITO]**

SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR

(IMSS-BIENESTAR)

CONVOCANTE

**P R E S E N T E.**

Por este conducto, a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL LICITANTE QUE OTORGARÁ EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos del (los) Sistema(s) de Información que se propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará(n) soporte para las Partidas [AÑADIR PARTIDAS PARTICIPANTES], los cuales se detallan a continuación:

* **[NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]**
* **[VERSIÓN DEL SISTEMA]**
* **[UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]**
* **[NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**

Asimismo, se manifiesta a nombre de mi representada que se cuenta con la capacidad de desarrollar e implementar dicho sistema de información para proporcionar el servicio en tiempo y forma conforme a lo establecido en el anexo técnico así como términos y condiciones del presente procedimiento de contratación [NÚMERO DE PROCEDIMIENTO], en apego a la **Especificación Técnica del IMSS-BIENESTAR para el Sistema de Información de Hemodiálisis Subrogada**, los cuales se conocen y aceptan en su integridad para su cabal cumplimiento.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

**ATENTAMENTE**

**[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR]**

**REPRESENTANTE LEGAL DE [NOMBRE DEL PROVEEDOR]**

**SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR**

**(IMSS-BIENESTAR)**