

Aclaraciones a la Convocatoria del Servicio Integral Hemodiálisis Interna

ANEXO T5 (T-cinco)

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

DELEGACIÓN/UMAE: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

PROVEEDOR:
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 PROVEEDOR

Aclaraciones a la Convocatoria del Servicio Integral Hemodiálisis Interna

ANEXO T5 (T-cinco)

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

DELEGACIÓN/UMAE: _____ 1

UNIDAD MÉDICA: _____ 2

PROVEEDOR: _____ 3
NÚMERO DE CONTRATO: _____ 4

5		6		7		8		9	
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 PROVEEDOR

Aclaraciones a la Convocatoria del Servicio Integral Hemodiálisis Interna

ANEXO T5 (T-cinco)

Instructivo de llenado.

1. Anotar la Delegación o UMAE que corresponda.
2. Anotar la Unidad Médica que corresponda.
3. Anotar el nombre del proveedor 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 proveedor.
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 proveedor.
9. Anotar si cumple con los parámetros establecidos en la norma 003-SSA3-2010 para la práctica de hemodiálisis.

Aclaraciones a la Convocatoria del Servicio Integral Hemodiálisis Interna

ANEXO T6 (T-seis)

ENTREGA MENSUAL DE ACCESOS VASCULARES DEL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS INTERNA

DELEGACIÓN/UMAE: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

PROVEEDOR:
NÚMERO DE CONTRATO:

A) Ingresos del mes previo _____

B) Catéter Temporal _____

C) Catéter Permanente _____

D) 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 PROVEEDOR

Aclaraciones a la Convocatoria del Servicio Integral Hemodiálisis Interna

ANEXO T6 (T-seis) Instructivo de llenado

ENTREGA MENSUAL DE ACCESOS VASCULARES DEL SERVICIO INTEGRAL DE HEMODIÁLISIS INTERNA

DELEGACIÓN/UMAE: _____ 1

UNIDAD MÉDICA: _____ 2

PROVEEDOR:	3
NÚMERO DE CONTRATO:	4

E) Ingresos del mes previo	_____	5
F) Catéter Temporal	_____	6
G) Catéter Permanente	_____	7
H) Injerto Vascular	_____	8
Total de entrega	_____	9

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

Fecha: _____ 10

NOMBRE Y FIRMA
ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR

Aclaraciones a la Convocatoria del Servicio Integral Hemodiálisis Interna

ANEXO T6 (T-seis)

Instructivo de llenado.

1. Anotar la Delegación o UMAE que corresponda.
2. Anotar la Unidad Médica que corresponda.
3. Anotar el nombre del proveedor 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 médica.