



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

CONTRATO ABIERTO PARA LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "EL GCDMX", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL LICENCIADO JESÚS ANTONIO GARRIDO ORTIGOSA, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN CON LA ASISTENCIA DEL LICENCIADO EDUARDO E. CASTILLO ARROYO COMO DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES, EL DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS Y EL DR. JESÚS ANTONIO KAI FORZÁN DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍA Y, POR LA OTRA LA **PERSONA MORAL DICIPA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE CAPITAL VARIABLE**, A TRAVÉS DE SU APODERADO ESPECIAL, EL CIUDADANO ALEJANDRO GARCÍA ANGULO, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ "EL PROVEEDOR", DE CONFORMIDAD CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

DECLARACIONES

I. DECLARA "EL G.CD.MX.", POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE LEGAL QUE:

- 1.1.- ES UNA DEPENDENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 18 FRACCIÓN XIII, 19 FRACCIÓN IV, 21 Y 39 DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO; 5° FRACCIÓN IV Y ARTÍCULO 7 FRACCIÓN VII, DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL Y 24 DE LA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, QUE DENTRO DE SUS ATRIBUCIONES, TIENE LAS DE ORGANIZAR, OPERAR Y SUPERVISAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUBRIDAD GENERAL.
- 1.2.- SU REPRESENTANTE FUE DESIGNADO DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN EN LA SECRETARÍA DE SALUD, POR EL SECRETARIO DE FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
- 1.3.- TIENE ATRIBUCIONES PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN EL PUNTO PRIMERO DEL "ACUERDO POR EL QUE SE DELEGA EN LOS DIRECTORES GENERALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL Y EN EL TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN EN DICHA DEPENDENCIA, LAS FACULTADES QUE SE INDICAN", PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DEL ENTONCES DISTRITO FEDERAL EL DÍA 18 DE AGOSTO DE 2006.
- 1.4.- SU REPRESENTADO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES BAJO EL NÚMERO **GDF971205-4NA**.
- 1.5.- EL DOMICILIO DE SU REPRESENTADO PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SE UBICA EN EL INMUEBLE MARCADO CON EL **NÚMERO 23 DE LA CALLE DE ALTADENA, NOVENO PISO, COLONIA NÁPOLES, ALCALDÍA BENITO JUÁREZ, CÓDIGO POSTAL 03810, CIUDAD DE MÉXICO**.
- 1.6.- ENTRE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE ADSCRIBEN A LA SECRETARÍA DE SALUD SE ENCUENTRA LA **DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS Y LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍA** LA CUAL A TRAVÉS DEL PERSONAL DE LAS UNIDADES MÉDICAS, HOSPITALARIAS O ADMINISTRATIVAS DE ACUERDO A LAS ATRIBUCIONES DE CADA UNA DE LAS ÁREAS, SERÁN LAS RESPONSABLES DE CONTROLAR, SUPERVISAR Y EVALUAR EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

- I.7.- LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS REQUIERE PARA CUMPLIR DEBIDAMENTE CON SUS FINES Y OBJETIVOS, LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL, MISMA QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE IDENTIFICADO CONFORME A LA REQUISICIÓN NÚMERO 059-2019.**
- I.8.- EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 28 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL CUENTA CON LA SUFICIENCIA PRESUPUESTAL PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVAN DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, MISMO QUE AFECTA LA PARTIDA PRESUPUESTAL 3993, "SUBROGACIONES", DE ACUERDO CON EL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE SUFICIENCIA PRESUPUESTAL NÚMERO UDPSO-0001-2019 DE FECHA 26 DE DICIEMBRE DE 2018, EMITIDO POR LA DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**
- I.9.- CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1, 26, 27, INCISO C), 28, 52 Y 54 FRACCIÓN II-BIS, 63 FRACCIÓN I Y DEMÁS APLICABLES DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL 46 PÁRRAFO SEXTO DE LA LEY DE PRESUPUESTO Y GASTO EFICIENTE DEL DISTRITO FEDERAL Y PREVIOS REQUISITOS SEÑALADOS POR LOS PRECEPTOS INVOCADOS, SE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA SEGÚN OFICIO NÚMERO AD-DRM-SA-JUDCD-SAAFPS-001-2019 DE FECHA 28 DE DICIEMBRE DE 2018, SIGNADO POR EL DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL, EN VIRTUD DE QUE "EL PROVEEDOR" ADJUDICADO, OFRECE LAS MEJORES CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS Y DE PRESUPUESTO QUE PERMITE EVITAR COSTOS ADICIONALES A "EL GCDMX", LO ANTERIOR, SEGÚN EL ESTUDIO DE MERCADO LLEVADO A CABO PARA TALES EFECTOS.**
- POR LO QUE, EL H. SUBCOMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, INTEGRADO Y FUNCIONANDO EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 20, 21 FRACCIÓN VI Y 21 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN SU DÉCIMA SEGUNDA SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EL 28 DE DICIEMBRE DE 2018, CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 27 INCISO C), 28, 52 Y 54 FRACCIÓN II-BIS, 63 FRACCIÓN I Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y PREVIOS REQUISITOS SEÑALADOS POR LOS PRECEPTOS INVOCADOS, SEGÚN EL LISTADO DE CASO NÚMERO 01-2019, DICTAMINÓ POR UNANIMIDAD LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL OBJETO DE ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA POR CASO DE EXCEPCIÓN A LA REGLA DE LICITAR PÚBLICAMENTE, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS SEÑALADOS POR LOS PRECEPTOS INVOCADOS.
- I.10.- EL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 51 DE LA LEY DE PRESUPUESTO Y GASTO EFICIENTE DEL DISTRITO FEDERAL, DISPONE QUE LAS DEPENDENCIAS, ÓRGANOS DESCONCENTRADOS, DELEGACIONES Y ENTIDADES EN NINGÚN CASO CONTRATARÁN OBRA PÚBLICA, ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS O SERVICIOS, NI OTORGARÁN LAS FIGURAS A QUE SE REFIERE LA LEY DEL RÉGIMEN PATRIMONIAL Y DEL SERVICIO PÚBLICO, CON PERSONAS FÍSICAS O MORALES QUE NO SE ENCUENTREN AL CORRIENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES.**
- I.11.- EN TODOS LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS, ASÍ COMO EN LA FORMALIZACIÓN DE CONTRATOS, O EN LA DETERMINACIÓN Y APLICACIÓN DE SANCIONES, ESTÁ PROHIBIDA CUALQUIER FORMA DE DISCRIMINACIÓN, SEA POR ACCIÓN U OMISIÓN, POR RAZONES DE ORIGEN ÉTNICO O NACIONAL, GÉNERO, EDAD, DISCAPACIDAD, CONDICIÓN SOCIAL, CONDICIONES DE SALUD, RELIGIÓN, OPINIONES, PREFERENCIA O IDENTIDAD SEXUAL O DE GÉNERO, ESTADO CIVIL, APARIENCIA EXTERIOR O CUALQUIER OTRA ANÁLOGA.**

EECA/CASJS/MASR/gbj

Página 2 de 23



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

II.- DECLARA "EL PROVEEDOR" A TRAVÉS DE SU APODERADO ESPECIAL QUE:

II.1.- ES UNA SOCIEDAD MERCANTIL LEGALMENTE CONSTITUIDA, BAJO LA DENOMINACIÓN "DISTRIBUIDOR CIENTÍFICO PALLACH", S.A., COMO SE ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 2,323 DE FECHA 11 DE MAYO DE 1979, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO JESÚS SANDOVAL PARDO NOTARIO PÚBLICO NÚMERO QUINCE DEL DISTRITO DE TLALNEPANTLA, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DEL ENTONCES DISTRITO FEDERAL, CON EL FOLIO MERCANTIL NÚMERO 9,313 DE FECHA 6 DE AGOSTO DE 1979.

CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 15,212 DE FECHA 29 DE AGOSTO DE 2008, PASADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PÚBLICO NÚMERO CIENTO CUARENTA Y UNO DEL ENTONCES DISTRITO FEDERAL, LICENCIADO SALVADOR SÁNCHEZ DE LA BARQUERA, CON FOLIO MERCANTIL NÚMERO 9313, DE FECHA 10 DE SEPTIEMBRE DE 2008, SE ACORDÓ LA MODIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD POR "DICIPA", S.A. DE C.V.

II.2.- SU APODERADO ESPECIAL SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL PARA VOTAR EXPEDIDA A SU FAVOR POR EL ENTONCES INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL CON NUMERO DE FOLIO 0000082828712 Y ACREDITA SU PERSONALIDAD Y FACULTADES PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE INSTRUMENTO EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 98,940, DE FECHA 24 DE JUNIO DE 2010, ANTE LA FE DEL LICENCIADO JOSÉ VISOSO DEL VALLE, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO 92 DEL ENTONCES DISTRITO FEDERAL, MISMAS QUE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE NO LE HAN SIDO REVOCADAS, MODIFICADAS O LIMITADAS EN FORMA ALGUNA Y SURTEN PLENOS EFECTOS A LA FECHA DE CELEBRACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

II.3.- CONFORME A LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO 14,148, DE FECHA 16 DE MAYO DE 2005, ANTE LA FE DEL LICENCIADO SALVADOR SÁNCHEZ DE LA BARQUERA TITULAR DE LA NOTARÍA PÚBLICA NÚMERO 141 DEL ENTONCES DISTRITO FEDERAL, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO EN EL FOLIO MERCANTIL 9313 DE FECHA 12 DE AGOSTO DE 2005, CLÁUSULA ESTATUTARIA, DONDE RIGE SU ACTUACIÓN TIENE POR OBJETO: A) COMPRA, VENTA, DISTRIBUCIÓN, CONSIGNACIÓN, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, ARRENDAMIENTO Y COMODATO DE TODO TIPO DE EQUIPOS Y REACTIVOS PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPO Y MATERIAL QUIRÚRGICO Y EN GENERAL CUALQUIER TIPO DE PRODUCTOS Y ARTÍCULOS PARA HOSPITALES Y LABORATORIOS; B) FABRICAR, ENSAMBLAR Y DAR MANTENIMIENTO EN FORMA DIRECTA O A TRAVÉS DE TERCEROS, DE TODO TIPO DE EQUIPOS Y REACTIVOS PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y MÉDICO, INSTRUMENTAL, EQUIPO Y MATERIAL QUIRÚRGICO Y EN GENERAL CUALQUIER TIPO DE PRODUCTO O ARTÍCULO PARA HOSPITALES Y LABORATORIOS; J) PRESTAR Y RECIBIR TODA CLASE DE SERVICIOS, INCLUYENDO ENTRE ESTOS DE MODO ENUNCIATIVO MAS NO LIMITATIVO, LOS RELACIONADOS A LAS ÁREAS DE CONTABILIDAD FINANZAS, DE ASISTENCIA TÉCNICA Y DE TODA CLASE DE ASESORÍA, DIRECCIÓN, OPERACIÓN, SUPERVISIÓN, APOYO Y SOPORTE, MEDIANTE LA CELEBRACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS CONTRATACIONES QUE PUDIERE CORRESPONDER, ASÍ COMO LA ADQUISICIÓN POR CUALQUIER TITULO LEGAL, EXPLOTACIÓN DESARROLLO, OPERACIÓN ADMINISTRACIÓN DE EDIFICIOS, CONSTRUCCIONES PLANTAS, ALMACENES, INSTALACIONES, EMPRESAS Y NEGOCIOS.

II.4.- TIENE ESTABLECIDO SU DOMICILIO LEGAL Y FISCAL EN EL INMUEBLE UBICADO EN: AVENIDA PATRIOTISMO NÚMERO 201, PISO 8, COLONIA SAN PEDRO DE LOS PINOS, ALCALDÍA BENITO JUÁREZ, CÓDIGO POSTAL 03800, CIUDAD DE MÉXICO. QUE SEÑALA PARA TODOS LOS FINES Y EFECTOS LEGALES DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

II.5.- ES UNA PERSONA MORAL QUE PARA CUMPLIR CON SUS ACTIVIDADES FISCALES SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO BAJO EL NÚMERO: DCP790511D36.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

II.6.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE ÉL, LOS SOCIOS DE SU REPRESENTADA; LOS MIEMBROS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA MISMA, SUS APODERADOS Y REPRESENTANTES LEGALES; EL PERSONAL QUE LABORA AL SERVICIO DE AQUELLA, ASÍ COMO LOS CÓNYUGES DE TODOS ELLOS NO TIENEN LAZOS DE CONSANGUINIDAD NI DE AFINIDAD HASTA EL CUARTO GRADO, CON PERSONA ALGUNA QUE LABORE EN LA DEPENDENCIA, Y ENTRE CUYAS FUNCIONES SE ENCUENTRA LA DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RELATIVAS A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE SON MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS., LOS SOCIOS, DIRECTIVOS, ACCIONISTAS, ADMINISTRADORES, COMISARIOS Y DEMÁS PERSONAL DE SUS PROCESOS DE VENTAS, COMERCIALIZACIÓN, RELACIONES PÚBLICAS O SIMILARES, NO TIENEN, NO VAN A TENER EN EL SIGUIENTE AÑO O HAN TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO, RELACIÓN PERSONAL, PROFESIONAL, LABORAL, FAMILIAR O DE NEGOCIOS CON SERVIDORES PÚBLICOS.

ASIMISMO DECLARA, QUE ÉL, LAS PERSONAS Y FUNCIONARIOS DE SU REPRESENTADA ANTES MENCIONADOS TAMPOCO TIENEN RELACIONES DE CARÁCTER COMERCIAL CON EL PERSONAL DE "EL GCDMX", ANTES SEÑALADO; NI SE ENCUENTRA EN LOS SUPUESTOS QUE ESTABLECEN EL ARTÍCULO 67 DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, 67 DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EL ARTÍCULO 39 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, POR LO QUE NO SE ENCUENTRA INHABILITADO POR LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, NI POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES DE LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS O MUNICIPIOS, PARA CELEBRAR O AUTORIZAR LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EN INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL CON LAS DEPENDENCIAS, ÓRGANOS DESCONCENTRADOS, DELEGACIONES Y ENTIDADES.

POR LO TANTO, ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EN CASO DE QUE RESULTE FALSA LA MANIFESTACIÓN ANTES MENCIONADA, O QUE DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SE INCURRA EN TALES SUPUESTOS Y EN CONSECUENCIA SE CONTRAVENGAN LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO SERÁ NULO DE PLENO DERECHO, PREVIA DETERMINACIÓN DE AUTORIDAD JUDICIAL O ADMINISTRATIVA EN FUNCIONES JURISDICCIONALES, DE CONFORMIDAD CON EL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 13 DE LA CITADA LEY.

II.7.- CUENTA CON LA CAPACIDAD LEGAL, TÉCNICA, EQUIPOS, CONOCIMIENTOS, EXPERIENCIA, PERSONAL CAPACITADO, HERRAMIENTAS, MAQUINARIA, MATERIALES Y LA INFRAESTRUCTURA NECESARIA Y SUFICIENTE PARA CUMPLIR CON EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, LOS RECURSOS FINANCIEROS, HUMANOS Y MATERIALES, ASÍ COMO CON LA ORGANIZACIÓN PARA CELEBRARLO Y LOS PONE A DISPOSICIÓN DE "EL GCDMX" EN CUALQUIER MOMENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS MISMOS.

II.8.- CONOCE EL CONTENIDO Y LOS REQUISITOS QUE SE ESTABLECEN EN:

- A) LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, ASÍ COMO EN LAS DEMÁS NORMAS QUE REGULAN LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y
- B) EL CONTENIDO DE LOS ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS Y



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL PROVEEDOR), 5 (SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS), 6 (DIRECCIONES DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA RED HOSPITALARIA), 7 (DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE) Y 8 (COSTOS), ASÍ COMO TODOS LOS DOCUMENTOS RELATIVOS A LA ADJUDICACIÓN DIRECTA (POR CASO DE EXCEPCIÓN A LA REGLA DE LICITAR PÚBLICAMENTE) PARA LA CONTRATACIÓN DEL **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y SE TIENEN POR REPRODUCIDOS COMO SI SE INSERTASEN A LA LETRA.

- II.9.- EL GRADO DE INTEGRACIÓN NACIONAL DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ES CUANDO MENOS DEL **100% (CIEN POR CIENTO) NACIONAL**, DE CONFORMIDAD CON SU ESCRITO PRESENTANDO EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA POR CASO DE EXCEPCIÓN A LA REGLA DE LICITACIÓN PÚBLICA, PARA LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**, MISMO QUE SE TIENE POR REPRODUCIDO COMO SI SE INSERTASE A LA LETRA Y EL CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE INSTRUMENTO.
- II.10.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE SU REPRESENTADA HA CUMPLIDO EN DEBIDA FORMA CON LAS OBLIGACIONES FISCALES A SU CARGO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 51 ÚLTIMO PÁRRAFO DE LA LEY DE PRESUPUESTO Y GASTO EFICIENTE DEL DISTRITO FEDERAL; QUE SE ENCUENTRA AL CORRIENTE EN SU DECLARACIÓN DE SUS IMPUESTOS, DERECHOS, APROVECHAMIENTOS Y PRODUCTOS REFERIDOS EN EL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO; Y QUE HA PRESENTADO LAS CONSTANCIAS CORRESPONDIENTES.
- III.- **DECLARACIÓN CONJUNTA DE LAS PARTES, A TRAVÉS DE SUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES LEGALES QUE:**
- III.1.- A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SE HA TENIDO A LA VISTA LA DOCUMENTACIÓN QUE SE SEÑALA EN LAS DECLARACIONES QUE ANTECEDEN.
- III.2.- SE RECONOCEN MUTUAMENTE LA PERSONALIDAD JURÍDICA CON QUE SE OSTENTAN Y CON LA QUE ACUDEN A LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y CUENTAN CON PLENA CAPACIDAD LEGAL, TÉCNICA Y ECONÓMICA PARA CONTRATAR.
- III.3.- EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SE REGULA POR LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO, Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES, Y MANIFIESTAN BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE EN ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO EXISTE DOLÓ, LESIÓN NI MALA FE, Y QUE LO CELEBRAN DE ACUERDO A SU LIBRE VOLUNTAD.

LEÍDAS QUE FUERON LAS ANTERIORES DECLARACIONES POR LAS PARTES, LAS RATIFICAN, Y EXPRESAN SU CONSENTIMIENTO PARA OBLIGARSE EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LAS CLÁUSULAS DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y EN LO NO PREVISTO SE ESTARÁN A LO DISPUESTO EN LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN SU REGLAMENTO, EN LA NORMATIVIDAD QUE PARA REGULAR ESTE TIPO DE ACTOS Y CONTRATOS EMANE DE AUTORIDAD COMPETENTE, ASÍ COMO EN LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS EN LA DECLARACIÓN II.8 DE ESTE INSTRUMENTO.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

EN MÉRITO DE LO EXPUESTO, LAS PARTES SE SOMETEN A LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO.

"EL GCDMX", ENCOMIENDA A "EL PROVEEDOR" Y ÉSTE SE OBLIGA A REALIZAR A FAVOR DE AQUEL, EL **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**, PARA TAL EFECTO EMPLEARÁ EL PERSONAL, EQUIPOS, MAQUINARIA Y MATERIALES NECESARIOS Y APROPIADOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS Y CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL PROVEEDOR), 5 (SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS), 6 (DIRECCIONES DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA RED HOSPITALARIA), 7 (DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE) Y 8 (COSTOS), QUE DÉBIDAMENTE FIRMADOS POR LAS PARTES, FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, LOS CUALES SE TIENEN POR REPRODUCIDOS COMO SI SE INSERTASEN A LA LETRA; EN CONTRAPRESTACIÓN "EL GCDMX" SE OBLIGA A PAGAR A "EL PROVEEDOR" HASTA EL MONTO MÁXIMO QUE SE ESTABLECE EN LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

"LAS PARTES" SE OBLIGAN PARA LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ÉSTE INSTRUMENTO, A CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN:

- A) LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO, ASÍ COMO EN LAS DEMÁS NORMAS QUE REGULAN LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS; Y
- B) LOS ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS Y CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL PROVEEDOR), 5 (SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS), 6 (DIRECCIONES DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA RED HOSPITALARIA), 7 (DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE) Y 8 (COSTOS), ASÍ COMO EN TODOS LOS DOCUMENTOS RELATIVOS A LA ADJUDICACIÓN DIRECTA PARA LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL** LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL MISMO Y SE TIENEN POR REPRODUCIDOS COMO SI SE INSERTASEN A LA LETRA.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

SEGUNDA.- PRECIO

"EL PROVEEDOR" ACEPTA EXPRESAMENTE QUE ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SE CELEBRA EN LA MODALIDAD DE CONTRATO ABIERTO A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 63 FRACCIÓN I DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, Y QUE POR LO TANTO, EL MONTO **MÍNIMO** A EJERCER SERÁ DE **\$2,601,223.30** (DOS MILLONES SEISCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS VEINTITRÉS PESOS 30/100 M.N.), MÁS EL **16%** (DIECISÉIS POR CIENTO) POR CONCEPTO DE IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, IMPORTA LA CANTIDAD DE **\$416,195.73** (CUATROCIENTOS DIECISÉIS MIL CIENTO NOVENTA Y CINCO PESOS 73/100 M.N.), QUE SUMADOS ASCIENDEN A LA CANTIDAD **MÍNIMA** TOTAL DE **\$3,017,419.03** (TRES MILLONES DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE PESOS 03/100 M.N.) Y HASTA UN IMPORTE **MÁXIMO** A EJERCER DE **\$26,012,233.01** (VEINTISÉIS MILLONES DOCE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS 01/100 M.N.), MÁS EL **16%** (DIECISÉIS POR CIENTO) POR CONCEPTO DE IMPUESTO AL VALOR AGREGADO, IMPORTA LA CANTIDAD DE **\$4,161,957.28** (CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS 28/100 M.N.), QUE SUMADOS ASCIENDEN A LA CANTIDAD **MÁXIMA** TOTAL DE **\$30,174,190.29** (TREINTA MILLONES CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO NOVENTA PESOS 29/100 M.N.).

INDEPENDIEMENTE DEL MONTO MÁXIMO PACTADO, "EL PROVEEDOR" CONVIENE QUE ÚNICAMENTE SE LE PAGARÁN AQUELLOS SERVICIOS PRESTADOS, SIEMPRE Y CUANDO NO SE REBASE EL MONTO MÁXIMO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

LOS PRECIOS UNITARIOS DEL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SE ESTABLECEN EN EL (**ANEXO 8 COSTOS**) LOS CUALES SON NETOS, MISMOS QUE POR SU PROPIA NATURALEZA SE ENTENDERÁN FIJOS Y POR LO TANTO NO PODRÁN SER AUMENTADOS POR NINGÚN CONCEPTO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE INSTRUMENTO, ES DECIR, EN DICHS PRECIOS QUEDAN INCLUIDOS TODOS LOS GASTOS QUE "EL PROVEEDOR", TUVIERA QUE EROGAR, COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS Y TODOS LOS DEMÁS QUE SE GENEREN; POR LO QUE, NO PODRÁ REPERCUTIRLOS A "EL GCDMX", BAJO NINGÚN CONCEPTO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL PRIMER PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 62 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, Y LA FRACCIÓN XII DEL ARTÍCULO 56 DE SU REGLAMENTO.

"EL PROVEEDOR", SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DE TODOS LOS IMPUESTOS DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN MEXICANA VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ASÍ COMO DE LOS GASTOS DE TRASLADO DE LAS REFACCIONES Y MATERIALES HASTA LA CONCLUSIÓN DE LOS SERVICIOS INCLUYENDO LOS SEGUROS CORRESPONDIENTES.

TERCERA.- PAGO.

AMBAS PARTES CONVIENEN EN QUE EL IMPORTE DE LOS SERVICIOS MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SERÁ LIQUIDADO A "EL PROVEEDOR", DENTRO DE LOS 30 DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA FECHA DE ACEPTACIÓN DE LAS FACTURAS POR LA DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS, DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS PRESTADOS QUE SE ENCUENTRAN DESCRITOS EN LOS **ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS Y CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO**



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL PROVEEDOR), 5 (SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS), 6 (DIRECCIONES DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA RED HOSPITALARIA), 7 (DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE) Y 8 (COSTOS); UNA VEZ ACEPTADA LA FACTURA SE EXPEDIRÁ EL CONTRA RECIBO CORRESPONDIENTE EN LA REFERIDA DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

LAS FACTURAS DEBERÁN PRESENTARSE PARA SU PAGO CON EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO DESGLOSADO Y A NOMBRE DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO / SECRETARÍA DE SALUD, R.F.C. GDF9712054NA, DOMICILIO FISCAL: PLAZA DE LA CONSTITUCIÓN S/N CENTRO DE LA CIUDAD DE MÉXICO ÁREA 1, CÓDIGO POSTAL 06000.

"EL PROVEEDOR" DEBERÁ PRESENTAR PARA SU PAGO COMPROBANTES FISCALES DIGITALES (CFDI) DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, SU REGLAMENTO, LA RESOLUCIÓN MISCELÁNEA FISCAL VIGENTE Y DEMÁS DISPOSICIONES APLICABLES.

"EL PROVEEDOR" PARA EL INICIO DE TRÁMITE DE PAGO DEBERÁ ENTREGAR EN LA VENTANILLA ÚNICA DE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, UNA IMPRESIÓN DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (CFDI) ACOMPAÑADA DE LA DOCUMENTACIÓN QUE COMPRUEBE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO, ASIMISMO, DEBERÁ ENVIAR SUS FACTURAS EN FORMATO XML AL CORREO ELECTRÓNICO ventanilla.sedesadrf@gmail.com.

EL PAGO SE EFECTUARÁ MEDIANTE CUENTA POR LIQUIDAR CERTIFICADA A FAVOR DE "EL PROVEEDOR" A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, PARA LO CUAL "EL PROVEEDOR" REQUISITARÁ EL FORMATO DE CAPTURA DE CUENTAS BANCARIAS DE BENEFICIARIOS EN LA DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

EL PAGO SE REALIZARÁ EN MONEDA NACIONAL, ESTABLECIÉNDOSE QUE EL PRECIO UNITARIO DE LOS SERVICIOS SERÁ FIJO CONFORME A LA **CLÁUSULA SEGUNDA Y ANEXO 8 (COSTOS)**, HASTA LA PRESTACIÓN TOTAL DE LOS MISMOS Y NO ESTARÁ SUJETO A ESCALACIÓN ALGUNA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

LA OBLIGACIÓN DE PAGO DE "EL GCDMX", SERÁ ÚNICAMENTE POR LOS SERVICIOS PRESTADOS; POR LO QUE, EN CASO DE QUE "EL PROVEEDOR" REBASE EL MONTO MÁXIMO QUE SE PACTE EN EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SERÁ BAJO SU PROPIA RESPONSABILIDAD Y EXIME A "EL GCDMX" DE LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL IMPORTE EXCEDIDO.

CUANDO EN LA FACTURA SE INDIQUE QUE ES EN SUSTITUCIÓN DE OTRO DOCUMENTO, DEBERÁ ANEXARSE COPIA DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL SUSTITUIDO, DEBIDAMENTE CANCELADO.

CUARTA.-

PAGOS EN EXCESO

EN CASO DE EXISTIR PAGOS EN EXCESO A FAVOR DE "EL PROVEEDOR", ÉSTE SE OBLIGA A REINTEGRAR INMEDIATAMENTE A "EL GCDMX" LAS CANTIDADES PAGADAS EN EXCESO, MÁS SUS RESPECTIVOS INTERESES, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 64 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y 56 FRACCIÓN XV DE SU REGLAMENTO.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

QUINTA.- LUGAR Y FORMA DE ENTREGA.

“EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A PRESTAR LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, FÍSICA Y DOCUMENTALMENTE EN LOS INMUEBLES DE LAS UNIDADES MÉDICAS O ADMINISTRATIVAS, SEGÚN SEA EL CASO, DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO 6 (DIRECCIÓN DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA RED HOSPITALARIA).

EL PERIODO PARA LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ A PARTIR DEL 01 DE ENERO Y HASTA EL 31 DE MARZO DEL 2019 O HASTA AGOTAR EL MONTO MÁXIMO.

“EL PROVEEDOR” SE OBLIGA A REALIZAR LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO CONFORME A LOS PERIODOS, HORARIOS, CONDICIONES Y EN SU CASO NORMAS GENERALES O ESPECÍFICAS, SEÑALADAS EN LOS ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS Y CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL PROVEEDOR), 5 (SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS), 6 (DIRECCIONES DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA RED HOSPITALARIA), 7 (DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE) Y 8 (COSTOS).

“EL PROVEEDOR” ACEPTA QUE “EL GCDMX” PUEDE CAMBIAR EL LUGAR DE LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS, A OTROS DOMICILIOS DENTRO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, SIN CARGO ALGUNO PARA “EL GCDMX”, PREVIA NOTIFICACIÓN QUE HAGA A “EL PROVEEDOR” LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

LOS RECURSOS, MATERIALES E INSUMOS QUE UTILICE “EL PROVEEDOR” PARA CUMPLIR CON EL PRESENTE CONTRATO DEBERÁN ESTAR EN BUEN ESTADO Y SER SUFICIENTES AL 100%, SIN QUE DICHA CIRCUNSTANCIA FACULTE A “EL PROVEEDOR” PARA RECLAMAR UN PAGO ADICIONAL POR ESTE CONCEPTO.

SEXTA.- PRUEBAS DE CALIDAD.

AMBAS PARTES CONVIENEN QUE DURANTE O UNA VEZ QUE HAYAN SIDO REALIZADOS LOS SERVICIOS OBJETO DE ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS EN LOS ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS Y CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL PROVEEDOR), 5 (SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS), 6 (DIRECCIONES DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA RED HOSPITALARIA), 7 (DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE) Y 8 (COSTOS), “EL GCDMX”, PODRÁ REALIZAR PRUEBAS DE CALIDAD A LOS MATERIALES, BIENES O REFACCIONES, EN UN LABORATORIO ELEGIDO LIBREMENTE POR “EL GCDMX”, DEBIDAMENTE ACREDITADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, EL COSTO DE LAS PRUEBAS SERÁ CUBIERTO POR “EL PROVEEDOR” Y SE PRACTICARÁN SOBRE CADA SERVICIO



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

REALIZADO. LAS MUESTRAS REQUERIDAS PARA REALIZAR LAS PRUEBAS SERÁN REPUESTAS POR "EL PROVEEDOR", SIN COSTO ALGUNO PARA "EL GCDMX".

"EL GCDMX", PODRÁ RESCINDIR EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CORRESPONDIENTE, CUANDO DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS SE DESPRENDA QUE LOS MATERIALES, BIENES O REFACCIONES UTILIZADOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO NO CUMPLEN CON LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES SOLICITADAS.

SÉPTIMA.-

REVISIÓN O SUPERVISIÓN.

LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONE "EL PROVEEDOR" SERÁN REVISADOS O SUPERVISADOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS A TRAVÉS DEL PERSONAL DEL BANCO DE SANGRE O SERVICIO DE TRANFUSIÓN DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS, ASÍ COMO EL ENLACE ADMINISTRATIVO ADSCRITO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍA DE "EL GCDMX", DE ACUERDO A SUS ATRIBUCIONES, SERÁN QUIENES VERIFICARÁN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS.

LOS SERVICIOS NO SERÁN RECIBIDOS EN CASO DE QUE NO SE CUMPLA CON LO ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y SUS ANEXOS, SIN PERJUICIO DE LAS PENAS CONVENCIONALES A QUE SE HAGA ACREEDOR "EL PROVEEDOR" POR EL INCUMPLIMIENTO.

"EL GCDMX" PODRÁ EN CUALQUIER MOMENTO REALIZAR PRUEBAS Y LAS VISITAS DE COMPROBACIÓN QUE ESTIME PERTINENTES, DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, A EFECTO DE CONSTATAR LA CALIDAD, ESPECIALMENTE, Y CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, EN EL CASO DE DETECTARSE IRREGULARIDADES, EL CONTRATO SERÁ SUSCEPTIBLE DE SER RESCINDIDO Y DE HACERSE EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

OCTAVA.-

RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR.

"EL PROVEEDOR" ES EL ÚNICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO, PARA EL CASO QUE DURANTE EL DESARROLLO DEL MISMO EL PERSONAL A SU CARGO LLEGARE A INCURRIR EN RESPONSABILIDAD POR DOLO, ERROR, NEGLIGENCIA Y/O IMPERICIA, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ RESPONDER Y RESARCIR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS CAUSADOS A "EL GCDMX" O A TERCEROS, Y EN ESTE ÚLTIMO CASO DEBIENDO EXIMIR A "EL GCDMX" DE CUALQUIER RECLAMACIÓN POR TAL CONCEPTO.

NOVENA.-

REQUERIMIENTOS Y OBLIGACIONES POR PARTE DE "EL PROVEEDOR".

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A RESPONDER POR LOS DEFECTOS, VICIOS OCULTOS Y MALA CALIDAD EN LOS SERVICIOS, ASÍ COMO POR CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, DURANTE Y POSTERIORMENTE A LA CONCLUSIÓN DEL SERVICIO.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

ASIMISMO, "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A PRESTAR LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO CONFORME A LO SIGUIENTE:

A) LOS MATERIALES, SOLUCIONES, EQUIPOS E INSUMOS QUE UTILICE "EL PROVEEDOR" PARA CUMPLIR CON EL PRESENTE CONTRATO DEBERÁN SER NUEVOS Y DE MARCA RECONOCIDA EN EL MERCADO, SIN QUE DICHA CIRCUNSTANCIA FACULTE A "EL PROVEEDOR" PARA RECLAMAR UN PAGO ADICIONAL POR ESE CONCEPTO, ASÍ COMO TAMPOCO POR EL USO DE EQUIPOS ESPECIALES O POR LA EJECUCIÓN DE TRABAJOS EXTRAORDINARIOS, EN RAZÓN DE QUE SU PRECIO SE ENCUENTRA INCLUIDO EN LA CANTIDAD QUE "EL GCDMX" SE OBLIGA A PAGAR COMO CONTRAPRESTACIÓN POR LOS SERVICIOS OBJETO DE ESTE INSTRUMENTO.

B) SI "EL GCDMX" LLEGARE A DETERMINAR ALGUNA IRREGULARIDAD POR PARTE DE "EL PROVEEDOR" EN CUANTO A LA CALIDAD, AVANCE Y CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN ESTE INSTRUMENTO, DICHA IRREGULARIDAD SE LE NOTIFICARÁ POR ESCRITO A FIN DE QUE PROCEDA A REPARARLAS Y/O CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL EJERCICIO DE ESTE DERECHO DE "EL GCDMX", NO LIBERA A "EL PROVEEDOR" DE LA RESPONSABILIDAD DE SUPERVISAR ÉL MISMO LA EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS, EN CONSECUENCIA, LA OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS SERVICIOS MAL EJECUTADOS O EL EMPLEO DE PRODUCTOS DE MALA CALIDAD O INADECUADOS, SUBSISTE EN TODO MOMENTO PARA "EL PROVEEDOR".

DÉCIMA.-

MEDIDAS DISCIPLINARIAS Y DE SEGURIDAD GENERALES.

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A GARANTIZAR QUE EL PERSONAL EMPLEADO PARA REALIZAR LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CUENTE CON EL EQUIPO Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE VIGENTES EMITIDAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y CUMPLIR CON LAS CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES CONTENIDAS EN LOS ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL), 2 (FICHA TÉCNICA), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS Y CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL PROVEEDOR), 5 (SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS), 6 (DIRECCIONES DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA RED HOSPITALARIA), 7 (DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE) Y 8 (COSTOS), POR LO QUE EN CASO DE ALGÚN EVENTO FORTUITO O ACCIDENTE, QUEDARÁ BAJO LA RESPONSABILIDAD DE "EL PROVEEDOR", EL CUAL TENDRÁ QUE RESARCIR LOS DAÑOS OCASIONADOS DE ÍNDOLE PERSONAL Y/O A LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES DESLINDANDO DE TODA RESPONSABILIDAD A "EL GCDMX".

DÉCIMA PRIMERA.-

VIGENCIA

LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SERÁ:

DEL 1º DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 2019.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

DÉCIMA-
SEGUNDA

GARANTÍAS.

CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 360 DEL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 73 FRACCIÓN III Y 75 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, "EL **PROVEEDOR**" SE OBLIGA A GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE SUS OBLIGACIONES DERIVADAS DE ESTE INSTRUMENTO, MISMAS QUE SE CONSIDERAN INDIVISIBLES, ASÍ COMO A RESPONDER POR DEFICIENCIAS EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, DEFECTOS Y VICIOS OCULTOS, ASÍ COMO DE CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE HUBIERE INCURRIDO, A TRAVÉS DE CUALQUIERA DE LOS MEDIOS SIGUIENTES, A FAVOR Y A DISPOSICIÓN DE LA "**SECRETARÍA DE FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO**" POR EL IMPORTE CORRESPONDIENTE AL 15% (QUINCE POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, (SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO O CUALQUIER OTRA CONTRIBUCIÓN); Y DEBERÁ ENTREGAR ESTA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO EN LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE CONTRATOS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO A LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO, LA CUAL PERMANECERÁ VIGENTE HASTA 12 (DOCE) MESES POSTERIORES A LA ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS POR PARTE DE "EL **GCDMX**", Y HASTA EL TOTAL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES DE ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, MISMA QUE SE HARÁ EFECTIVA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO.

CONFORME A LOS ARTÍCULOS 360 DEL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 73 Y 75 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SALVO DISPOSICIÓN EXPRESA "EL **PROVEEDOR**" PODRÁ GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON:

- A) FIANZA OTORGADA POR COMPAÑÍA AUTORIZADA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.
- B) MEDIANTE DEPÓSITO DE DINERO
- C) CHEQUE DE CAJA
- D) CHEQUE CERTIFICADO.
- E) BILLETE DE DEPÓSITO.
- F) CARTA DE CRÉDITO; Y/O
- G) CUALQUIER OTRA FORMA QUE DETERMINE LA SECRETARÍA DE FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

CUALQUIERA DE LOS MEDIOS QUE SE UTILICEN COMO GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SERÁ A FAVOR Y A DISPOSICIÓN DE LA "**SECRETARÍA DE FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO**".

EN CASO DE OPTAR POR LA FIANZA, ÉSTA DEBERÁ SER EXPEDIDA POR UNA INSTITUCIÓN AFIANZADORA, AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, PRESENTANDO ADEMÁS ORIGINAL Y COPIA SIMPLE DEL COMPROBANTE DE PAGO DE LA MISMA CON SELLO ORIGINAL DE PAGADO O SELLO DE CAJA DE LA AFIANZADORA, ANTE LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE CONTRATOS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

ASIMISMO, "EL **PROVEEDOR**" SE OBLIGA A QUE EN LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, OTORGADA POR UNA INSTITUCIÓN AFIANZADORA AUTORIZADA PARA TAL EFECTO, CONSIGNE QUE ÉSTA SE SUJETA A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 178 Y 282 DE LA LEY DE



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS Y QUE ACEPTARÁ LAS PRÓRROGAS O ESPERAS QUE POR ESCRITO SEAN CONCEDIDAS POR "EL GCDMX" A "EL PROVEEDOR" Y RENUNCIA AL DERECHO QUE OTORGA EL ARTÍCULO 179 DEL MISMO ORDENAMIENTO LEGAL.

EN CASO DE OPTAR POR CARTA DE CRÉDITO, ÉSTA DEBERÁ CONTENER LOS SIGUIENTES REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS COMO MÍNIMO: DATOS DE "EL PROVEEDOR", DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL, DOMICILIO, REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, QUE SEA EXPÉDIDA ANTE UNA INSTITUCIÓN BANCARIA LEGALMENTE CONSTITUIDA Y AUTORIZADA POR LAS LEYES MEXICANAS, EXPEDIDA A FAVOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD; DOMÉSTICA, IRREVOCABLE; A LA VISTA CONTRA LA PRESENTACIÓN DE UNA CARTA O CERTIFICADO DE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ASÍ COMO POR EL INCUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES, LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS QUE ESTABLECEN LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO, Y DEMÁS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS APLICABLES SOBRE LA MATERIA; VINCULANTE SEÑALANDO EL NÚMERO Y OBJETO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, INDEPENDIENTE; POR EL 15% DEL PRESUPUESTO MÁXIMO DEL CONTRATO, EN MONEDA NACIONAL, (SIN INCLUIR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO O CUALQUIER OTRA CONTRIBUCIÓN); DOCUMENTARLA CON LA VIGENCIA ESTIPULADA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO, Y DEBERÁ GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, INDIVISIBLE, Y UN PLAZO POSTERIOR QUE DETERMINARÁ "EL GCDMX", DICHAS CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS DEBERÁN ESTAR ESTABLECIDAS EN FORMA EXPRESA EN EL CUERPO DE LA CARTA DE CRÉDITO.

EN CASO DE OPTAR POR CHEQUE, SERÁ NO NEGOCIABLE.

LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO ÚNICAMENTE PODRÁ SER CANCELADA HASTA EL TOTAL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y SUS MODIFICACIONES, PREVIA AUTORIZACIÓN QUE POR ESCRITO OTORGUE "EL GCDMX" Y DEBERÁ TENER UNA VIGENCIA DESDE SU EXPEDICIÓN HASTA **12 (DOCE) MESES** DESPUÉS DE LA PRESTACIÓN TOTAL DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y HASTA SU TOTAL CUMPLIMIENTO.

EN CASO DE EXISTIR MODIFICACIONES AL PRESENTE INSTRUMENTO, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ ENTREGAR ENDOSO O DOCUMENTO MODIFICATORIO CORRESPONDIENTE QUE DEMUESTRE LA ACTUALIZACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS MEDIOS QUE HAYA UTILIZADO COMO GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 61 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES INHERENTES EN LA MATERIA Y A ENTERA SATISFACCIÓN DE "EL GCDMX", MISMA QUE DEBERÁ PRESENTAR EN EL MOMENTO EN QUE SUSCRIBA EL CONVENIO MODIFICATORIO, DE TAL MANERA QUE LA MISMA CONTINÚE GARANTIZANDO PLENAMENTE EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y SUS CONVENIOS MODIFICATORIOS.

ESTA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO TAMBIÉN PROCEDERÁ CONTRA CUALQUIER DEFICIENCIA EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS ADQUIRIDOS, POR DEFECTOS, VICIOS OCULTOS, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE HUBIERE INCURRIDO "EL PROVEEDOR", Y PERMANECERÁ VIGENTE **HASTA 12 (DOCE) MESES** POSTERIORES A LA ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS POR PARTE DE "EL GCDMX", Y HASTA EL TOTAL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

SE HARÁ EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO, CUANDO SE PRESENTE CUALQUIERA DE LOS CASOS SIGUIENTES, LOS CUALES SE MENCIONAN DE FORMA ENUNCIATIVA, MÁS NO LIMITATIVA:

- A) "EL PROVEEDOR", NO CUMPLA CON ALGUNAS DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE INSTRUMENTO.
- B) DESPUÉS DE AGOTADO EL 15% (QUINCE POR CIENTO) DEL MONTO TOTAL DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, POR PENAS CONVENCIONALES PACTADAS POR INCUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
- C) CUANDO LOS SERVICIOS PRESTADOS POR "EL PROVEEDOR" NO CORRESPONDAN A LA CALIDAD Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS SOLICITADAS.

DÉCIMA TERCERA-

DEFECTOS, VICIOS OCULTOS Y DEFICIENCIA EN LA CALIDAD.

"EL PROVEEDOR" ACEPTA QUE LOS SERVICIOS, REFACCIONES Y MATERIALES ESTARÁN GARANTIZADOS CONTRA DEFECTOS DE FABRICACIÓN, VICIOS OCULTOS O DEFICIENCIAS EN LA CALIDAD DE LOS MISMOS, QUE IMPIDAN SU USO Y/O REALIZACIÓN, POR UN PERIODO DE 12 (DOCE) MESES POSTERIORES A LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CONTADOS A PARTIR DE SU RECEPCIÓN FORMAL O EN SU CASO REPARACIÓN O SUSTITUCIÓN, SOLICITADO CON ANTICIPACIÓN, ASÍ COMO POR CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA, LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 70 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, ASÍ COMO LO APLICABLE DEL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.

EN EL CASO DE PRESENTARSE EN EL PERIODO DE GARANTÍA DEFECTOS, VICIOS OCULTOS Y/O MALA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A REPONERLOS SIN CARGO Y RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA "EL GCDMX".

CUANDO EXISTA UN DEFECTO O DEFICIENCIA DE CALIDAD, LA UNIDAD HOSPITALARIA, MÉDICA O ADMINISTRATIVA, SEGÚN SEA EL CASO, DEBERÁ REPORTAR MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍA CON COPIA A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍA, NOTIFICARÁ A LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, MISMA QUE NOTIFICARÁ A "EL PROVEEDOR" LAS MEDIDAS CORRECTIVAS QUE SE DETERMINEN DE ACUERDO AL PROPIO REPORTE, PUDIENDO SER CAMBIO DEL BIEN, DE MARCA O SOLICITUD DE EVALUACIÓN TÉCNICA POR UN TERCERO AUTORIZADO, EN UN PLAZO NO MAYOR A 10 DÍAS HÁBILES DE RECIBIDA LA NOTIFICACIÓN. TODO LO ANTERIOR SIN CARGO ADICIONAL PARA "EL GCDMX".

DECIMA CUARTA-

PROCEDIMIENTO Y CÁLCULO DE LAS PENAS CONVENCIONALES

EN CASO DE INCUMPLIMIENTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DE ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, POR PARTE DE "EL PROVEEDOR", SE HARÁ ACREEDOR A UNA PENA CONVENCIONAL CALCULADA SOBRE EL IMPORTE QUE CORRESPONDA SIN INCLUIR IMPUESTOS, POR DEFICIENCIA O MALA CALIDAD EN LOS SERVICIOS Y POR ATRASO EN LA REALIZACIÓN DE LOS MISMOS, ASÍ COMO POR CADA UNO DE LOS INCUMPLIMIENTOS SEÑALADOS EN EL



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE SANCIONES ESTABLECIDO MÁS ADELANTE EN ESTA MISMA CLÁUSULA.

LAS PENAS CONVENCIONALES NO EXCEDERÁN DEL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS; AGOTADO EL PLAZO DE APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, "EL GCDMX" PODRÁ LLEVAR A CABO LA RESCISIÓN DEL MISMO Y DE LOS CONVENIOS MODIFICATORIOS QUE EN SU CASO SE HUBIEREN CELEBRADO Y SE HARÁ EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO, LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 69 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y 57 DE SU REGLAMENTO.

PARA EFECTOS DE LO ANTERIOR, "EL GCDMX" NOTIFICARÁ A "EL PROVEEDOR" EL IMPORTE DE LA PENA CONVENCIONAL QUE CORRESPONDA, Y ÉSTE A SU VEZ LA PAGARÁ A "EL GCDMX" A TRAVÉS DE UN CHEQUE CERTIFICADO, CHEQUE DE CAJA, O EN SU CASO, LA ENTREGA DE NOTA DE CRÉDITO MISMA QUE SE APLICARÁ A LA PRESENTACIÓN DE SUS FACTURAS Y SE DEDUCIRÁ DEL PAGO QUE CORRESPONDA.

EL PAGO DE LA PENA CONVENCIONAL DEBERÁ REALIZARSE POR PARTE DE "EL PROVEEDOR" EN UN TÉRMINO QUE NO EXCEDERÁ DE 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN RESPECTIVA; SI AGOTADO EL PLAZO OTORGADO A "EL PROVEEDOR", ÉSTE NO CUMPLE CON EL SUPUESTO ANTERIOR, EL MONTO DE LA PENA CONVENCIONAL SE DESCONTARÁ A "EL PROVEEDOR" DEL IMPORTE FACTURADO A TRAVÉS DE UNA NOTA DE CRÉDITO Y SE LIQUIDARÁ SOLO LA DIFERENCIA QUE RESULTE.

INDEPENDIEMENTE DE LA PENALIZACIÓN ANTES MENCIONADA, EL INCUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, DA LUGAR A QUE "EL GCDMX" DEMANDE LAS SANCIONES DEL ORDEN PENAL, ECONÓMICO Y ADMINISTRATIVO A QUE HAYA LUGAR.

SI POR ALGUNA CIRCUNSTANCIA IMPUTABLE A "EL PROVEEDOR", "EL GCDMX" TUVIESE LA NECESIDAD DE RECURRIR A TERCERAS PERSONAS PARA LLEVAR A CABO LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, EL COSTO DE ÉSTE SERÁ CON CARGO DIRECTO A LA FACTURACIÓN DE "EL PROVEEDOR".

PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE SANCIONES.

EL ÁREA SOLICITANTE TENDRÁ LA FACULTAD DE VERIFICAR EN CUALQUIER MOMENTO LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO Y EN CASO DE PRESENTARSE INCUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO POR CAUSAS IMPUTABLES A "EL PROVEEDOR", SE HARÁN EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES A CARGO DEL MISMO, EN EL IMPORTE FACTURADO QUE CORRESPONDA Y EN SU CASO, SE EXIGIRÁ LA REPARACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS, INDEPENDIEMENTE DE LA APLICACIÓN DE LAS GARANTÍAS QUE HAYAN SIDO PACTADAS, Y SE PROCEDERÁ CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 42 Y 69 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, 57 Y 58 DE SU REGLAMENTO Y LO DISPUESTO EN EL PUNTO 4.13 DE LA CIRCULAR UNO.

CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 69 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, POR INCUMPLIMIENTO AL PRESENTE INSTRUMENTO, POR DEFICIENCIA O MALA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y POR ATRASO EN LA CONCLUSIÓN DEL SERVICIO PACTADO, ES DECIR, SI "EL PROVEEDOR" NO CONCLUYE LOS SERVICIOS CONFORME A LO ESTIPULADO EN



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

LAS CLÁUSULAS DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUS ANEXOS Y CONFORME A LO ESTIPULADO EN LA CLÁUSULA QUINTA DE ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ACEPTA QUE "EL GCDMX" LE APLIQUE COMO PENA CONVENCIONAL EL 1% (UNO POR CIENTO) POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO SOBRE EL SERVICIO DEJADO DE PRESTAR, DE TAL MANERA QUE EL MONTO MÁXIMO DE LA PENA SERÁ AQUEL QUE IGUALE EL 15% (QUINCE POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO QUE SE ESTABLECE EN LA CLÁUSULA SEGUNDA SIN CONSIDERAR EL I.V.A.

ASIMISMO, EN CASO DE QUE SE REALICE DESMANTELAMIENTO, SUSTITUCIÓN DE MATERIALES O REFACCIONES, LOS DESECHOS PROVENIENTES QUE NO SEAN RETIRADOS DEL INMUEBLE DONDE SE HAYAN REALIZADO LOS SERVICIOS O ENTREGA DE LOS BIENES POR "EL PROVEEDOR", DENTRO DE LOS 7 (SIETE) DÍAS NATURALES POSTERIORES A LA CONCLUSIÓN DE LOS MISMOS, A PARTIR DE OCTAVO DÍA SE APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL DEL 5% (CINCO POR CIENTO) DIARIO, SOBRE EL VALOR TOTAL DE LOS CONCEPTOS REALIZADOS O ENTREGADOS EN EL INMUEBLES DE QUE SE TRATE Y CUYOS DESECHOS NO HAYAN SIDO RETIRADOS POR "EL PROVEEDOR", HASTA QUE EL RETIRO CONCLUYA.

LOS SERVICIOS NO ACEPTADOS SE CONSIDERARÁN COMO FALTANTES DE ORIGEN Y "EL GCDMX" APLICARÁ LA PENA CONVENCIONAL ESTABLECIDA EN EL PÁRRAFO ANTERIOR DE ESTA CLÁUSULA. EN ESTE CASO, "EL GCDMX" NOTIFICARÁ A "EL PROVEEDOR" PARA QUE EN UN TÉRMINO DE 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE "NO ACEPTACIÓN", REPARE, SUSTITUYA O REALICE LOS SERVICIOS NO ACEPTADOS, DEBIENDO PRESTAR LOS SERVICIOS SOLICITADOS, CON INDEPENDENCIA DE LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES QUE SE APLICARÁN POR ESTE RETRASO, SI "EL PROVEEDOR" HICIERE CASO OMISO, SE PODRÁ TURNAR EL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO A LA DIRECCIÓN JURÍDICA DE "EL GCDMX" PARA EL TRÁMITE LEGAL CORRESPONDIENTE.

EL MONTO DE LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁ REBASAR EL IMPORTE DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO; UNA VEZ REBASADO DICHO IMPORTE SE PROCEDERÁ A LA RESCISIÓN DEL CONTRATO EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 42 DE LA "LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL".

EL MONTO DE LAS PENAS CONVENCIONALES SE DESCONTARÁ DEL IMPORTE FACTURADO QUE CORRESPONDA A LA OPERACIÓN ESPECÍFICA DE QUE SE TRATE Y ÚNICAMENTE SE LIQUIDARÁ A "EL PROVEEDOR" LA DIFERENCIA QUE RESULTE.

EN NINGÚN CASO EL PAGO DE LAS PENAS CONVENCIONALES SE ACEPTARÁ EN ESPECIE.

INDEPENDIEMENTE DE LAS PENAS MENCIONADAS, EL INCUMPLIMIENTO DARÁ LUGAR A LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES DE ORDEN CIVIL, ECONÓMICO, PENAL Y ADMINISTRATIVO, QUE PROCEDAN.

AMBAS PARTES ESTÁN DE ACUERDO EN QUE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES SERÁ LA RESPONSABLE ÚNICAMENTE DEL CÁLCULO DE LAS PENAS CONVENCIONALES, PREVIA NOTIFICACIÓN DE INCUMPLIMIENTO QUE REALICEN LAS UNIDADES MÉDICAS, HOSPITALARIAS O ADMINISTRATIVAS, ASIMISMO, PROCEDERÁ INMEDIATAMENTE A NOTIFICAR POR ESCRITO A "EL PROVEEDOR" LA APLICACIÓN DE LA PENA O LAS PENAS CONVENCIONALES, EL MONTO DE LAS PENAS CONVENCIONALES NO DEBERÁN REBASAR EL IMPORTE DEL 15% (QUINCE POR CIENTO) DEL MONTO MÁXIMO ANTES DE I.V.A. DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

UNA VEZ REBASADO DICHO IMPORTE SE PROCEDERÁ A LA RECISIÓN DEL CONTRATO EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

EL IMPORTE DE LAS PENAS CONVENCIONALES SE LE PAGARÁ "EL GCDMX" A TRAVÉS DE UN CHEQUE CERTIFICADO, CHEQUE DE CAJA O NOTA DE CRÉDITO, LA CUAL SE APLICARÁ A LA PRESENTACIÓN DE SUS FACTURAS Y SE DEDUCIRÁ DEL PAGO QUE CORRESPONDA A "EL PROVEEDOR".

DÉCIMA
QUINTA.-

CESIÓN DE DERECHOS.

LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DERIVADOS DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO NO PODRÁN CEDERSE EN FORMA PARCIAL O TOTAL POR "EL PROVEEDOR" A FAVOR DE CUALESQUIERA OTRA PERSONA FÍSICA O MORAL, POR NINGÚN MOTIVO Y BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, EN CUYO CASO DEBERÁ CONTAR CON LA AUTORIZACIÓN PREVIA Y POR ESCRITO DE "EL GCDMX", DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 61 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

DÉCIMA
SEXTA.-

PROPIEDAD INDUSTRIAL E INTELECTUAL.

"EL PROVEEDOR" ACEPTA QUE SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE DE LA UTILIZACIÓN DE LAS PATENTES, MARCAS, CERTIFICADOS DE INVENCION Y TODO LO RELACIONADO CON LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INDUSTRIAL O INTELECTUAL DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, DESLINDANDO DE TODA RESPONSABILIDAD POR SU USO A "EL GCDMX".

DÉCIMA
SÉPTIMA.-

NATURALEZA ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.

EN VIRTUD DE QUE SE TRATA DE UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS REGULADO POR UNA LEY ADMINISTRATIVA QUE APLICAN AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, ESTE INSTRUMENTO ES DE NATURALEZA ADMINISTRATIVA, Y EN CONSECUENCIA NO EXISTE NINGUNA RELACIÓN LABORAL ENTRE TRABAJADORES, EMPLEADOS, FUNCIONARIOS O EJECUTIVOS DE "EL PROVEEDOR" CON "EL GCDMX", POR LO QUE, SI PARA EL CUMPLIMIENTO DEL MISMO "EL PROVEEDOR" CONTRATA PERSONAL A SU SERVICIO, MANIFIESTA A "EL GCDMX" QUE DICHO PERSONAL NO TENDRÁ CON ÉSTE NINGUNA RELACIÓN LABORAL NI DE OTRA NATURALEZA JURÍDICA, Y EN CONSECUENCIA "EL PROVEEDOR" ESTÁ OBLIGADO A AFRONTAR LAS OBLIGACIONES LABORALES, FISCALES, DE SEGURIDAD SOCIAL O DE CUALQUIER OTRA NATURALEZA QUE PUDIERAN SURGIR CON MOTIVO DE LA RELACIÓN LABORAL CON SU PERSONAL.

POR LO TANTO, "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA EXPRESAMENTE A ENFRENTAR LAS CONSECUENCIAS JURÍDICAS QUE PUDIERAN DERIVARSE DE LA INTERPOSICIÓN DE CUALQUIER JUICIO QUE SUS TRABAJADORES, EMPLEADOS, FUNCIONARIOS O EJECUTIVOS, LLEGAREN A INTENTAR EN CONTRA DE "EL GCDMX", Y A RESPONDER DE LAS OBLIGACIONES QUE PUDIERA HABER CONTRAÍDO ANTE TERCEROS, POR LO QUE "EL PROVEEDOR" DEBERÁ RESARCIR A "EL GCDMX" DE TODO DAÑO Y PERJUICIO QUE ÉSTE PUDIERA SUFRIR POR LAS RELACIONES ANTES DESCRITAS, EXIMIÉNDOLO DE TODO ELLO.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

ASIMISMO, "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A CONTRATAR POR SU EXCLUSIVA CUENTA, SIEMPRE CUIDANDO DE NO INCURRIR EN LOS SUPUESTOS CONSIGNADOS EN LOS ARTÍCULOS 12, 13, 14 Y 15 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO, AL PERSONAL QUE SEA NECESARIO, PARA CUMPLIR OPORTUNA Y ADECUADAMENTE CON EL OBJETO PACTADO EN ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

"EL PROVEEDOR" LIBERA A "EL GCDMX" DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD CON RELACIÓN AL PERSONAL QUE OCUPE PARA DAR CUMPLIMIENTO AL OBJETO MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ACEPTA SER EL ÚNICO PATRÓN Y CONSECUENTEMENTE RESPONSABLE DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS DISPOSICIONES LEGALES Y DEMÁS ORDENAMIENTOS EN MATERIA DEL TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, POR LO QUE RESPONDERÁ A TODAS LAS RECLAMACIONES QUE SUS TRABAJADORES PRESENTEN EN SU CONTRA O EN CONTRA DE "EL GCDMX", RECONOCIENDO EXPRESAMENTE Y PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES QUE NO EXISTE SUSTITUCIÓN PATRONAL POR PARTE DE "EL GCDMX".

EN EL SUPUESTO DE QUE NO OBSTANTE LO SEÑALADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, "EL GCDMX" SE VEA OBLIGADO A CUBRIR ALGUNA CANTIDAD CON MOTIVO DE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE PUDIERA TENER EN SU CONTRA A CAUSA DE ALGUNA DECISIÓN DE AUTORIDAD COMPETENTE, "EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A RESTITUIR DE INMEDIATO A "EL GCDMX" LA CANTIDAD EROGADA, O BIEN LO AUTORIZA DESDE ESTE MOMENTO A DESCONTAR EL MONTO DE LA MISMA DEL PAGO DE LA CANTIDAD QUE EN CONCEPTO DE LA CONTRAPRESTACIÓN POR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SE OBLIGA CUBRIR EN TÉRMINOS DE LA CLÁUSULA SEGUNDA Y ANEXO 11 DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

DÉCIMA
OCTAVA.-

TERMINACIÓN ANTICIPADA Y SUSPENSIÓN DEL CONTRATO.

CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR EL ÚLTIMO PÁRRAFO DEL ARTÍCULO 69 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, "EL GCDMX" PODRÁ DECRETAR LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DE ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SIN AGOTAR EL PLAZO PARA LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, PREVIA OPINIÓN DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO POR CAUSAS DEBIDAMENTE JUSTIFICADAS Y QUE DE NO PROCEDERSE A LA TERMINACIÓN DEL MISMO SE PUDIERA ALTERAR LA SEGURIDAD E INTEGRIDAD DE LAS PERSONAS O EL MEDIO AMBIENTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO, O SE AFECTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS, SIN NECESIDAD DE LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES, EN LOS CASOS EN QUE EXISTAN CIRCUNSTANCIAS QUE CAUSEN AFECTACIONES A LOS INTERESES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y/O SECRETARÍA DE SALUD.

ASIMISMO, LAS PARTES CONTRATANTES CONVIENEN QUE "EL GCDMX" DARÁ POR SUSPENDIDO O TERMINADO EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SIN RESPONSABILIDAD PARA ÉSTE, CUANDO LAS AUTORIDADES FISCALES DETECTEN INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES FISCALES A CARGO DE "EL PROVEEDOR" PREVISTAS EN EL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

EN CASO QUE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES DETECTE VIOLACIONES A LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, PODRÁ INSTRUIR A "EL GCDMX" QUE PROCEDA A DECLARAR LA SUSPENSIÓN TEMPORAL, O LA TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

EECA/CASJS/MASR/gbj

Página 18 de 23



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

EN CASO DE TERMINACIÓN ANTICIPADA, SUSPENSIÓN TEMPORAL O DEFINITIVA DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, YA SEA POR MUTUO CONSENTIMIENTO, CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, SERÁ SIN RESPONSABILIDAD PARA "EL GCDMX", DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 56, FRACCIÓN XIV, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

DÉCIMA
NOVENA.-

RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTRATO.

INDEPENDIENTEMENTE DE LA VIGENCIA SEÑALADA EN LA CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA DEL PRESENTE INSTRUMENTO, "EL GCDMX" PODRÁ A SU ELECCIÓN DEMANDAR EL CUMPLIMIENTO FORZOSO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, O BIEN RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE EL CONTRATO CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SIN RESPONSABILIDAD PARA "EL GCDMX", EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE "EL PROVEEDOR", MISMA QUE SERÁ NOTIFICADA EN FORMA PERSONAL A ÉSTE, ASÍ COMO POR EL INCUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES, LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS QUE ESTABLECEN LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO Y DEMÁS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS APLICABLES SOBRE LA MATERIA.

TAMBIÉN "EL GCDMX" PODRÁ RESCINDIR EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, MISMAS QUE SE MENCIONAN EN FORMA ENUNCIATIVA MÁS NO LIMITATIVA:

- 1.- SI "EL PROVEEDOR" NO CUMPLE CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL MISMO Y SUS ANEXOS;
- 2.- SI LOS SERVICIOS REALIZADOS POR "EL PROVEEDOR", NO CUMPLEN CON LA CANTIDAD, CALIDAD, CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES CONSIGNADAS EN ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y SUS ANEXOS;
- 3.- "EL PROVEEDOR" NO HICIERA EFECTIVAS LAS GARANTÍAS DE CALIDAD A QUE HACE REFERENCIA LA CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.
- 4.- SI "EL PROVEEDOR" ES DECLARADO EN CONCURSO MERCANTIL;
- 5.- EN SU CASO, SI "EL PROVEEDOR" SUBCONTRATA, CEDE O TRASPASA EN FORMA TOTAL O PARCIAL LOS DERECHOS DERIVADOS DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO;
- 6.- SI "EL PROVEEDOR", INCUMPLE CON LO ESTABLECIDO EN LA CARTA COMPROMISO DE INTEGRIDAD, PRESENTADA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA POR CASO DE EXCEPCIÓN A LA REGLA DE LICITAR PÚBLICAMENTE, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO, EN LA QUE SE COMPROMETE A NO INCURRIR EN PRÁCTICAS NO ÉTICAS O ILEGALES DURANTE EL CITADO PROCEDIMIENTO, ASÍ COMO EN EL PROCESO DE FORMALIZACIÓN Y VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y EN SU CASO LOS CONVENIOS QUE SE CELEBREN INCLUYENDO LOS ACTOS QUE DE ÉSTOS DERIVEN.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

- 7.- EN CUALQUIER MOMENTO MIENTRAS SE ENCUENTRE PENDIENTE EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES, AUN CONCLUIDA LA VIGENCIA ESTABLECIDA EN EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
- 8.- EN GENERAL, EN CASO DE DETECTARSE IRREGULARIDADES POR CUALQUIER OTRA CAUSA IMPUTABLE A "EL PROVEEDOR" QUE LESIONE LOS INTERESES DE LA SECRETARÍA DE SALUD, SERÁ SUSCEPTIBLE DE SER RESCINDIDO Y DE HACERSE EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

POR LO ANTES SEÑALADO, "EL PROVEEDOR" ACEPTA EXPRESAMENTE QUE "EL GCDMX" PODRÁ, EN CUALQUIER MOMENTO, RESCINDIR UNILATERAL Y ADMINISTRATIVAMENTE EL CONTRATO, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y HACER EFECTIVA LA GARANTÍA CORRESPONDIENTE EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, SIN NECESIDAD DE ACUDIR A LOS TRIBUNALES COMPETENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y SE ABSTENDRÁ DE PAGAR LOS IMPORTES RESULTANTES DE LOS SERVICIOS PRESTADOS AÚN NO LIQUIDADOS HASTA QUE SE HAGA EL FINIQUITO CORRESPONDIENTE, DENTRO DE LOS PLAZOS Y TÉRMINOS QUE ESTABLECEN LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO Y DEMÁS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS APLICABLES SOBRE LA MATERIA.

EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN DEBERÁ INICIARSE DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, A AQUEL EN QUE SE HUBIERE AGOTADO EL PLAZO PARA HACER EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES, SALVO QUE EXISTAN CAUSAS SUFICIENTES Y JUSTIFICADAS, QUE PUDIERAN ALTERAR LA SEGURIDAD E INTEGRIDAD DE LAS PERSONAS, O PELIGRE EL MEDIO AMBIENTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO O SE AFECTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS, SE PROCEDERÁ A LA RESCISIÓN SIN AGOTAR EL PLAZO PARA LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, PREVIA OPINIÓN DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

NO SE CONSIDERARÁ INCUMPLIMIENTO LOS CASOS EN QUE POR CAUSAS JUSTIFICADAS Y EXCEPCIONALES Y SIN QUE EL RETRASO SEA POR CAUSAS IMPUTABLES A "EL PROVEEDOR", EL SERVIDOR PÚBLICO RESPONSABLE OTORQUE POR ESCRITO, PREVIO A SU VENCIMIENTO Y A SOLICITUD EXPRESA DE "EL PROVEEDOR", UN PLAZO MAYOR PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, EL CUAL EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ DE 20 (VEINTE) DÍAS HÁBILES.

EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN PODRÁ INICIARSE EN CUALQUIER MOMENTO, MIENTRAS SE ENCUENTRE PENDIENTE EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE CUALQUIERA DE LAS PARTES, ESTIPULADAS EN EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, AÚN CONCLUIDA LA VIGENCIA ESTABLECIDA EN EL MISMO.

SI PREVIAMENTE A LA EMISIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO, "EL PROVEEDOR", REALIZARA LOS SERVICIOS, "EL GCDMX", DEJARÁ SIN EFECTOS EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN INICIADO.

"EL GCDMX", PODRÁ DETERMINAR NO DAR POR RESCINDIDO EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CUANDO DURANTE EL PROCEDIMIENTO ADVIERTA QUE SU RESCISIÓN PUDIERA OCASIONAR ALGÚN DAÑO O AFECTACIÓN A LAS FUNCIONES QUE TIENE ENCOMENDADAS, EN ESTE SUPUESTO, DEBERÁ ELABORAR UN DICTAMEN EN EL CUAL JUSTIFIQUE QUE LOS IMPACTOS ECONÓMICOS O DE OPERACIÓN QUE SE OCASIONARÍAN CON LA RESCISIÓN RESULTARÍAN MÁS INCONVENIENTES.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

AL NO DAR POR RESCINDIDO EL CONTRATO, "EL GCDMX", ESTABLECERÁ CON "EL PROVEEDOR", OTRO PLAZO QUE LE PERMITA SUBSANAR EL INCUMPLIMIENTO QUE HUBIERE MOTIVADO EL INICIO DEL PROCEDIMIENTO, EL CONVENIO MODIFICATORIO QUE AL EFECTO SE CELEBRE DEBERÁ CONSTAR POR ESCRITO Y SERÁ IMPRORRÓGABLE, Y DE NO CUMPLIR "EL PROVEEDOR", EN EL PLAZO ESTABLECIDO, SE INICIARÁ NUEVAMENTE EL PROCEDIMIENTO DE RESCISIÓN ADMINISTRATIVA SIN QUE PUEDA PACTARSE UN NUEVO PLAZO.

EN TODOS LOS CASOS "EL GCDMX" DEBERÁ FUNDAR Y MOTIVAR LA TOMA DE DECISIÓN.

EN CASO DE QUE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES DETECTE VIOLACIONES A LAS DISPOSICIONES DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, PODRÁ INSTRUIR, BAJO SU RESPONSABILIDAD, A "EL GCDMX" QUE PROCEDA A DECLARAR LA RESCISIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO, LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 35 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

VIGÉSIMA.- CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.

NINGUNA DE "LAS PARTES" SERÁ RESPONSABLE DE CUALQUIER RETRASO O INCUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, QUE RESULTE DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, DEBIENDO INFORMAR A LA PARTE AFECTADA DENTRO DE LAS VEINTICUATRO HORAS SIGUIENTES AL CASO FORTUITO O DE FUERZA MAYOR RESPECTIVO.

VIGÉSIMA PRIMERA.- NULIDAD DEL CONTRATO.

AMBAS PARTES CONVIENEN QUE PARA EL CASO DE QUE RESULTEN FALSAS LAS DECLARACIONES DE "EL PROVEEDOR", O QUE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SE INCURRA EN LAS HIPÓTESIS SEÑALADAS EN EL ARTÍCULO 67 DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, 67 DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 39 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, ÉSTE SERÁ NULO DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 13 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 2,225 Y DEMÁS RELATIVOS DEL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL, INDEPENDIEMENTE DE LA ACCIÓN QUE CORRESPONDA EJERCITAR AL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO POR EL DELITO DE FALSEDAD PREVISTO EN EL CÓDIGO PENAL DEL DISTRITO FEDERAL, ASÍ COMO LA REPARACIÓN DEL DAÑO CAUSADO A "EL GCDMX".

VIGÉSIMA SEGUNDA.- RECONOCIMIENTO CONTRACTUAL.

EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CONSTITUYE EL ACUERDO ENTRE "LAS PARTES" EN RELACIÓN CON EL OBJETO DEL MISMO Y DEJA SIN EFECTOS CUALQUIER OTRA NEGOCIACIÓN O COMUNICACIÓN ENTRE ÉSTAS, YA SEA ORAL O ESCRITA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA EN QUE SE FIRMA EL MISMO.



CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

**VIGÉSIMA
TERCERA.-**

DE LA CONFIDENCIALIDAD.

AMBAS PARTES SE OBLIGAN A MANTENER CON CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL TODA LA INFORMACIÓN QUE EN FORMA VERBAL, ESCRITA O POR CUALQUIER OTRO MEDIO RECIBAN UNA DE LA OTRA CON MOTIVO DEL PRESENTE INSTRUMENTO; TODA LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENGA DERIVADA DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CONTINUARÁ SIENDO PROPIEDAD DE LA PARTE QUE LA APORTE; POR LO QUE, NO PODRÁN OTORGAR A TERCEROS, DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN ALGUNA DE LA QUE PUDIERAN LLEGAR A TENER ACCESO, DURANTE O CON POSTERIORIDAD AL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE ÉSTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

ASIMISMO, "EL PROVEEDOR" DEBERÁ GUARDAR LA DEBIDA CONFIDENCIALIDAD Y RESERVA DE TODA LA DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN QUE OBRE EN SU PODER, EN LA INTELIGENCIA DE QUE NO PODRÁ PROPORCIONARLA A NINGÚN TERCERO; POR LO QUE, EN CASO CONTRARIO SE HARÁ RESPONSABLE DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DE SU INCUMPLIMIENTO.

**VIGÉSIMA
CUARTA.-**

TRANSPARENCIA.

TODA LA INFORMACIÓN Y LOS DATOS QUE PROPORCIONEN "EL GCDMX" Y "EL PROVEEDOR" PARA LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SE REGIRÁN CONFORME LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ASÍ COMO LEY DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y RENDICIÓN DE CUENTAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

**VIGÉSIMA
QUINTA.-**

MODIFICACIONES.

CUALQUIER MODIFICACIÓN O VARIACIÓN DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PACTADAS EN EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, DEBERÁN ESTIPULARSE POR ESCRITO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 65, 67 Y 68 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL. LOS INSTRUMENTOS LEGALES EN DONDE CONSTEN DICHAS MODIFICACIONES SERÁN SUSCRITOS POR LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE HAYAN FORMALIZADO EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, O POR QUIENES LOS SUSTITUYAN EN EL CARGO O FUNCIONES.

**VIGÉSIMA
SEXTA.-**

JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA.

EN CASO DE POSIBLES CONTROVERSIAS DERIVADAS DE LA INTERPRETACIÓN DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, DE SU REGLAMENTO, O BIEN, POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS CLÁUSULAS DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, O POR LA APLICACIÓN SUPLETORIA DE LEYES A LOS ASPECTOS NO EXPRESAMENTE ESTIPULADOS EN EL TEXTO DE LAS MISMAS, LAS PARTES SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES COMPETENTES CON RESIDENCIA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, RAZÓN POR LA CUAL "EL PROVEEDOR" RENUNCIA AL FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLE POR RAZÓN DE



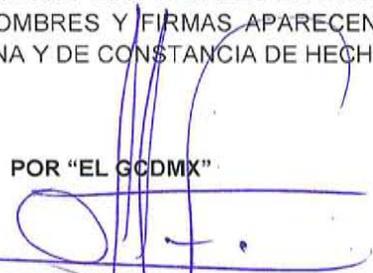
CONTRATO No. SSCDMX-DGA-001-2019

SU DOMICILIO PRESENTE O POR EL QUE EN LO FUTURO PUDIERA ADQUIRIR O POR CUALQUIER OTRA CAUSA LEGAL.

LAS PARTES MANIFIESTAN QUE ENTERADAS DEL CONTENIDO, EFECTOS Y FUERZA LEGAL DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, LO FIRMAN DE CONFORMIDAD EN CINCO TANTOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO A LOS **VEINTIOCHO DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE DOS MIL DIECIOCHO**, ANTE LA PRESENCIA DE LOS TESTIGOS CUYOS NOMBRES Y FIRMAS APARECEN AL CALCE DE LA PRESENTE HOJA, PARA EFECTOS DE SU IDENTIFICACIÓN PLENA Y DE CONSTANCIA DE HECHOS.

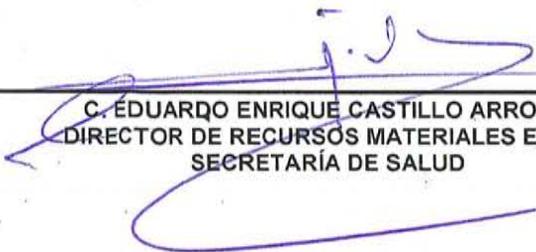
POR "EL GCDMX"

POR "EL PROVEEDOR"


LIC. JESÚS ANTONIO GARRIDO ORTIGOSA
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN EN LA SECRETARÍA DE SALUD


C. ALEJANDRO GARCÍA ANGULO
APODERADO ESPECIAL DE LA PERSONA MORAL "DICIPA" S.A. DE C.V.

ASISTE POR LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CDMX


C. EDUARDO ENRIQUE CASTILLO ARROYO
DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES EN LA SECRETARÍA DE SALUD


DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS.


DR. JESÚS ANTONIO KAI FORZÁN
DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍA

ESTA HOJA FORMA PARTE DEL CONTRATO ABIERTO AL RUBRÓ CITADO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y POR LA OTRA LA PERSONA MORAL "DICIPA", SOCIEDAD ANÓNIMA DE CAPITAL VARIABLE.

ANEXO 1

**(TOTAL DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL
DE BANCO DE SANGRE
Y MEDICINAL
TRANSFUSIONAL)**



ANEXO 1. TOTAL DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL TRES MESES 2019

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	TRES MESES 2019
S/C	1	1	SEROLOGÍA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA 67,770
			VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA 11,415
			ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA 11,415
			PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA 11,415
			PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (Sífilis)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA 11,205
			PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA 11,160
			ANTIGENO ROSA DE BENGALÁ PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA 11,160
S/C	2	2	BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA 16,605
			BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA 16,605
S/C	3	3	BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA 12,891
			BOLSAS CUADRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA 10,245
			BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA 1,155
			BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100mL PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA 585
			BOLSAS DE TRANSFERENCIA MÚLTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNIÓN CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA 231
			FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCCIÓN CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA 675

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



				REALIZADA	
S/C	4	4	INMUNOHEMATOLOGÍA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	146,615
			DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	40,924
			PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	36,780
			COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	63,841
			FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	360
			PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	420
			ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	45
			ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	45
			ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	45
			ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	75
			RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,690
			IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGUALES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	390
S/C	5	5	CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	420
			PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	105
			PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	105

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200
Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



			PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACION	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	105
			PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	105
S/C	6	6	AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO		315
			EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	288
			OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITA FERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3
			RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	24
S/C	7	7	PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	621
			CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	15
			ESTUDIOS DE AGREGOMETRIA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	15
			PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	360
			PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	231
S/C	8	8	CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	14
			CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10
			CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4
TOTAL DE PRUEBAS					245,251

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810 Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

ANEXO 2

(FICHA TÉCNICA)

9

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten mark in orange ink.



ANEXO 2

FICHA TÉCNICA

UNIDAD DE GOBIERNO: SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO	
ÁREA SOLICITANTE: DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS	PARTIDA PRESUPUESTAL: 3993
<p>Descripción Técnica del servicio: CLAVE SAICA:</p> <p>SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL:</p> <p>PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE (HEMATOLOGÍA, SEROLOGIA, INMUNOHEMATOLOGÍA, PRUEBAS CONFIRMATORIAS, BOLSAS DE EXTRACCIÓN, AFERESIS, AGREGOMETRÍA, CITOMETRÍA DE FLUJO, SISTEMA INFORMÁTICO, TRANSPORTE DE MUESTRA PARA PRUEBAS DE SEROLOGIA DE LOS HOSPITALES HOSPITAL GENERAL VILLA, TICOMÁN, AJUSCO MEDIO, TLAHUAC, XOCO, BELISARIO DOMINGUEZ, ENRIQUE CABRERA Y CERTIFICACION DEL PROCESO) QUE INCLUYA LA INSTALACIÓN DE EQUIPOS AUTOMATIZADOS, DE EQUIPOS OPERATIVOS DE APOYO COMO (REFRIGERADORES, CONGELADORES, HORNO DE SECADO, CENTRIFUGAS DE MESA (SEROFUGA), CENTRIFUGAS REFRIGERADAS, BAÑO MARIA, AGITADOR DE PLAQUETAS, TERMOMETROS DE MERCURIO EN DISTINTAS ESCALAS, CRONOMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, DESPLASMADOR, GRADILLAS DE 90 TUBOS DE ENSAYE. TORUNDERAS, PINZAS HEMOSTATICAS, PINZAS DE RODILLO, TIJERAS QUIRURGICAS, GRAPAS SELLADORAS, PORTATERMOMETROS DE ACERO INOXIDABLE SELLADORES ELECTRICOS PARA BOLSAS DE SANGRE, SILLONES PARA DONADORES, BALANZA MEZCLADORA PARA BOLSA DE SANGRE, BALANZA GRANATARIA, PIPETAS AUTOMATICAS, AGITADORES DE MICROPLACAS, AGITADOR DE TUBOS DE ENSAYE, ROTOR AUTOMATICO, INCUBADOR PARA TECNICAS EN GEL, CENTRIFUGA PARA TECNICAS EN GEL, ESTUCHE DE DIAGNOSTICO COMPLETO PORTATIL), ADECUACION DE LAS AREAS DE LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSION NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO, CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DESIGNADO POR LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS Y OPERATIVOS, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y PROGRAMAS ASOCIADOS (SOFTWARE), ASÍ COMO LA DOTACIÓN DE INSUMOS Y CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS Y EXTERNOS POR EL PROVEEDOR.</p> <p>QUE INCLUYE, PRUEBAS Y EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL DE;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- HEMATOLOGÍA 2.- SEROLOGIA 3.- INMUNOHEMATOLOGIA (AUTOMATIZADO O MANUAL). 4.- PRUEBAS CONFIRMATORIAS 5.- BOLSAS PARA EXTRACCIÓN. 6.- CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO SOLICITADO PARA PAQUETE DE AFÉRESIS, RECAMBIO PLASMATICOS Y RESCATADOR CELULAR.AFÉRESIS 7.- AGREGOMETRÍA, CITOMETRÍA DE FLUJO Y RESCATADOR CELULAR. 8.- SISTEMA INFORMÁTICO Y CERTIFICACIÓN DE PROCESO 9.- NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO OPERATIVO DE APOYO POR BANCO DE SANGRE. 10.- NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO OPERATIVO DE APOYO POR SERVICIO DE TRANSFUSION. 11.- REQUERIMIENTOS DE INSUMOS DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN. 12.- TRANSPORTE DE MUESTRA PARA PRUEBAS DE SEROLOGIA DE LOS HOSPITALES HOSPITAL GENERAL VILLA, TICOMÁN, AJUSCO MEDIO, TLAHUAC, XOCO, BELISARIODOMINGUEZ Y ENRIQUE CABRERA. 13.- ADECUACION DE LAS AREAS DE LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSION NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO. 14.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS ANALITICOS Y DE APOYO PARA REALIZAR LAS PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE. 15.- CERTIFICACION DEL SERVICIO. 16.- REGISTRO SANITARIO. 	

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



17.- CERTIFICACION ISO, CCE, FDA DEL PAIS DE ORIGEN.

18.- PRESENTAR CARTAS BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD.

Normas De Referencia Aplicables:

REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.

NOM-017-SSA1-1993, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS REACTIVOS HEMOCLASIFICADORES PARA DETERMINAR GRUPOS DE SISTEMA ABO.

NOM-018-SSA1-1993, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS REACTIVOS ANTI RH PARA DETERMINAR EL ANTIGENO D.

NOM-019-SSA1-1993, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS REACTIVOS ANTIGLOBULINA HUMANA PARA LA PRUEBA DE COOMBS.

NOM-064-SSA1-1993, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LOS EQUIPOS DE REACTIVOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO.

NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, PROTECCIÓN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS-BIOLÓGICO-INFECCIOSOS. CLASIFICACIÓN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.

NOM-137-SSA1-2008, INFORMACIÓN REGULATORIA, ESPECIFICACIONES GENERALES DE ETIQUETADO QUE DEBERÁN OSTENTAR LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, TANTO DE MANUFACTURA NACIONAL COMO PROCEDENCIA EXTRANJERA.

NOM-139-SSA1-1995, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LAS BOLSAS PARA RECOLECTAR SANGRE.

NOM-140-SSA1-1995, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LAS BOLSAS PARA RECOLECTAR SANGRE.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-253-SSA1-2012, PARA LA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS.

Evaluación Técnica a realizar: La Evaluación Técnica se realizará de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnica

- Documentación Técnica presentada en la Propuesta Técnica, debidamente referenciada.
- Evaluación de los documentos de calidad y COFEPRIS debidamente registrados de acuerdo a lo solicitado en las bases.
- Verificación del cumplimiento en la entrega junto con la propuesta técnica de todas y cada una de las cartas bajo protesta de decir verdad firmadas por el representante legal solicitadas en las presentes bases.

Resultados Mínimos Esperados De La Evaluación Técnica:
Cumplimiento De Todos Los Puntos De La Descripción Técnica, Aprobación De Los Parámetros De Calidad De La Documentación Comprobatoria De Calidad Solicitada.

Calendario de suministro: **Entrega inmediata a solicitud**

Existencias mínimas para 90 días:
No aplica

Existencias Mínimas Para 180 Días:
No Aplica

Caducidad del bien: El bien a entregar deberá tener una caducidad mínima de 6 meses.

Condiciones De Almacenamiento: Indicadas por el fabricante, en el marbete de Producto Terminado Autorizado y en el envase primario y secundario.

Determinada por el fabricante en aprobación con la SSA e indicada en el Certificado de Análisis de Producto Terminado y en el envase primario y secundario

MENU DE PRUEBAS A REALIZAR EN LOS BANCOS DE SANGRE

- VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
- ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C
- ANTICUERPOS PARA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B
- PRUEBA TREPONEMICA PARA LA DETERMINACION DE SIFILIS
- PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)
- ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA
- BIOMETRÍA HEMATICA
- EQUIPO DE PLAQUETAFÉRESIS
- OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH
- RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS
- BOLSAS CUÁDRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES
- BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES
- BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 o 100 ML. PARA VOLÚMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL
- BOLSAS DE TRANSFERENCIA MÚLTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNION (CONECTOR ESTERIL)
- FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCCIÓN CONCENTRADOS ERITROCITARIOS
- DETERMINACION DE GRUPO SANGUÍNEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA), Y RH. AUTOMATIZADO Y CON CELULAS CONOCIDAS
- PRUEBA CRUZADA AUTOMATIZADA
- FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)
- ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS
- ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS
- ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS
- ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS
- PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA AUTOMATIZADA
- PRUEBA DE CONFIRMATORIA VIH
- PRUEBA DE CONFIRMATORIA HVC (HEPATITIS C)
- PRUEBA DE CONFIRMATORIA PARA EL AGS HB POR NEUTRALIZACIÓN
- ESTUDIOS DE AGREGOMETRÍA AUTOMATIZADA (CONTROL DE CALIDAD)
- CITOMETRÍA DE FLUJO CD 34
- CERTIFICACION DE 10 UNIDADES MEDICAS
- SISTEMA INFORMATICO
- PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS
- CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA INMUNOHEMATOPLOGÍA Y SEROLOGIA INFECCIOSA EN UNIDADES MEDICAS

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México, Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



ENTREGAS:

En las Unidades Médicas de acuerdo a las necesidades de cada una. El conteo de pruebas se realizará el día último de cada mes o el siguiente día hábil, si no es laboral.

OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL SERVICIO:

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE CADA NUMERAL.

1.- HEMATOLOGÍA

BIOMETRÍA HEMÁTICA. (LA BIOMETRÍA HEMÁTICA SE REALIZARA A TODOS LOS ASPIRANTES A DONACIÓN).

ESTA PRUEBA SE REALIZARA EN TODOS LOS BANCOS DE SANGRE DE LA RED HOSPITALARIA.

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL:

Equipo automatizado con velocidad de 50 a 60 Pruebas por hora para los Bancos de Sangre.

Todos los equipos, deben determinar por lo menos 18 parámetros, realizar la cuenta diferencial en tres poblaciones de leucocitos. Lavado entre muestra y muestra. Deben contar con control de calidad integrado en tres niveles con gráficas de Levey Jennings, con la misma marca que el reactivo. Reporte en pantalla y en forma impresa por paciente o muestra analizada.

Software en español, incluir respaldo de energía UPS mínimo de 60 minutos para los equipos, contador de pruebas en todos los equipos. El proveedor ganador deberá entregar un agitador tipo cama para uso de los bancos de sangre.

2.- SEROLOGIA

LA SEROLOGIA SÓLO SE REALIZARA EN EL BANCO CENTRAL DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA, HOSPITAL GENERAL RUBEN LEÑERO Y HOSPITAL GENERAL BALBUENA Y HOSPITAL GENERAL "XOCO".

EQUIPO BANCO DE SANGRE

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL

Se requiere un analizador automatizado para Inmunoanálisis multiparamétrico con acceso aleatorio y continuo en muestras, controles, reactivos y calibradores, sin pausas ni bloqueos o interrupciones, incluidas las muestras urgentes.

- El principio de medición solicitado es: Quimioluminiscencia.
- Velocidad de proceso no menor de 90 pruebas por hora
- Dispensación automática de muestras y reactivos.
- Puntas desechables.
- Volumen de muestra no mayor a 90 microlitros.
- Uso de muestras en tubo primario o copa.
- Reactivos listos para su uso y que el intercambio de reactivos pueda hacerse en cualquier momento sin interferir en la rutina.
- Control de Calidad integrado en dos niveles con gráficas de Levy Jennings.
- Lector de código de barras para muestras, reactivos y diluyentes.
- Que sea interfazable al sistema informático de control.
- Capacidad de almacenamiento de hasta 2000 pruebas.
- Curvas de calibración estables a 28 días como mínimo.
- Sensor de nivel de líquido con capacidad de detección de coágulo y burbujas.
- Refrigeración a bordo para reactivos.
- Proceso real de muestras urgentes (STAT)
- Los resultados emitidos por el analizador deben ser por donador y no por prueba.
- Deberá de incluirse todos los consumibles necesarios para la realización de las pruebas serológicas.
- Metodología a base de anticuerpos monoclonales de proteínas recombinantes de tercera generación con sensibilidad y especificidad equivalente a RIA.
- HIV, HCV y HBsAg de la misma marca.

CARACTERÍSTICAS DE LOS REACTIVOS PARA BANCO DE SANGRE:

Hepatitis C:

- Debe contener los antígenos recombinantes c-200, c-22, Ns3, Ns4 y Ns5, de tercera generación.

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



- ✚ Debe presentar alta sensibilidad diagnóstica igual al 100% y especificidad igual o mayor al 99.5%.
- ✚ Debe permitir efectuar la prueba en no más de 100 µl de suero o plasma.
- ✚ Debe ser factible efectuar el ensayo con muestras almacenadas a menos 20° c.
- ✚ Debe incluir un nivel de control negativo y un nivel de control positivo.
- ✚ No debe presentar interferencias con anticoagulantes.
- ✚ Que el reactivo no requiera preparación previa.
- ✚ La presentación del estuche debe ser de 100 pruebas.
- ✚ El reactivo sometido a concurso debe ser el mismo que posteriormente se distribuya.
- ✚ Debe presentar instructivo en español.
- ✚ Presentar información técnica requerida por escrito.

HBsAg:

Ensayo para la determinación del Antígeno de superficie de Hepatitis B (HBs Ag)

VIH:

Debe contener los antígenos recombinantes de tercera generación, para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2, derivados el HIV-1 Core, HIV-1 envoltura y HIV-2 envoltura.

- ✚ Debe presentar alta sensibilidad diagnóstica igual al 100% y especificidad igual o mayor al 99.9%.
- ✚ Debe permitir efectuar la prueba en no más de 100 µl de suero o plasma.
- ✚ Debe ser factible efectuar el ensayo con muestras almacenadas a menos 20° c.
- ✚ Debe incluir un nivel de control negativo, un nivel de control positivo Anti HIV 1 y un nivel de control positivo Anti HIV 2.
- ✚ No debe presentar interferencias con anticoagulantes.
- ✚ Que el reactivo no requiera preparación previa.
- ✚ La presentación del estuche debe ser de 100 pruebas.
- ✚ El reactivo sometido a concurso debe ser el mismo que posteriormente se distribuya.
- ✚ Debe presentar instructivo en español.
- ✚ Presentar información técnica requerida por escrito.

HBsAg:

- ✚ Ensayo para la determinación del Antígeno de superficie de Hepatitis B (HBs Ag).
- ✚ Debe presentar sensibilidad igual al < 0.10 unidades/ml.
- ✚ Debe presentar especificidad igual o mayor al 99.9%.
- ✚ Debe permitir efectuar la prueba en no más de 100 µl de suero o plasma.
- ✚ Debe ser factible efectuar el ensayo con muestras almacenadas a menos 20° c.
- ✚ Debe incluir un nivel de control negativo y un nivel de control positivo.
- ✚ No debe presentar interferencias con anticoagulantes.
- ✚ Que el reactivo no requiera preparación previa.
- ✚ La presentación del estuche debe ser de 100 pruebas.
- ✚ El reactivo sometido a concurso debe ser el mismo que posteriormente se distribuya.
- ✚ Debe presentar instructivo en español.
- ✚ Presentar información técnica requerida por escrito.

EQUIPO MODULAR CON TECNOLOGÍA DE INMUNOENSAYO.

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL:

- ✚ Con sistema de lavado y lectura automático
- ✚ Capacidad de montar una micro placa completa de 96 pozos
- ✚ Verificación Espectrofotométrica de adición de muestras y reactivos,
- ✚ Registro del equipo indicando fecha y hora.

ANTICUERPOS TREPONEMICOS (RPR).

- ✚ Prueba rápida de reagin para el diagnóstico de sífilis.
- ✚ Proporcionar control positivo y negativo.
- ✚ Tubo. De ensayo; vidrio refractario sin labio en dimensiones de: 12 x 75 mm.
- ✚ Pipeta automática para proporcionar volúmenes pequeños de 50-100 microlitos (en demostración permanente y con calibraciones semestrales).
- ✚ Puntas de plástico. Desechables, para pipetas de: 200 microlitos (amarillas).Bolsa con 1000 piezas.
- ✚ Placa de vidrio para reacciones de aglutinación microscópica (VDRL). De 75 x 51 mm y 2.3 mm de espesor. Con 12 anillos de cerámica de 14 mm de diámetro.

ROSA DE BENGALA.

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



Antígeno teñido con Rosa de Bengala, aglutinación en placa para diagnóstico de Brucelosis. Compuesto de: Antígeno adsorbido a partículas de látex. 5 ml. Suero control positivo y negativo. Placa de reacción. RTC. Frasco con 5 ml.

3.-INMUNOHEMATOLOGIA (AUTOMATIZADA O SEMI-AUTOMATIZADO).ESTA PRUEBA SE REALIZARA EN TODOS LOS BANCOS DE SANGRE DE LA RED HOSPITALARIA.

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL

- ✦ Grupo sanguíneo ABO directo e inverso y factor Rh. Fenotipo de Rh. Pruebas de compatibilidad sanguínea.
- ✦ Coombs directo.
- ✦ Rastreo de anticuerpos irregulares. Identificación de anticuerpos irregulares.

GRUPO SANGUÍNEO

CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO SOLICITADO PARA PAQUETE DE INMUNOHEMATOLOGIA DEL BANCO DE SANGRE INTEGRAL

1. Equipo automatizado o manual para la determinación de grupos sanguíneos, anticuerpos anti eritrocitos, anti globulina humana directa y pruebas de compatibilidad en tarjetas de gel.
2. Equipo que permita realizar de manera automática e integrada o manual, los siguientes procesos:

a.- Identificación de muestras y reactivos	g.- Interpretación automática de los resultados
b.- Homogenización de eritrocitos reactivos	h.- Utilización de cualquier tamaño de tubo primario
c.- Dilución y dispensado de muestras y reactivos	i.- Capacidad de interfazarse,
d.- Incubación a la temperatura requerida por el tipo de prueba	j.- Calibración automática
e.- Centrifugación automática de las tarjetas	k.- Código de barras para muestras y reactivos.
f.- Lectura automática de las tarjetas	l.- Control de calidad integrado

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL:

Las pruebas de compatibilidad deben realizarse en tarjetas de gel que contengan antiglobulina poliespecífica (Anti IgG y Anti C3d). , para realizar las técnicas de Inmunohematología en tarjetas de gel, ó procedimiento Manual, cumpliendo estas características y especificaciones.

RASTREO E IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES CONTRA ANTIGENOS ERITROCITARIOS.

ESTA PRUEBA SOLO SE REALIZARA EN EL BANCO CENTRAL DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA.

El rastreo de Anticuerpos Irregulares y la identificación de Anticuerpos Irregulares se realizaran exclusivamente en el Hospital General Iztapalapa.

- ✦ Un kit de semipanel y un kit de panel completo mensual, se entregara juego completo de antisueros de los sistemas sanguíneos especificos en el panel (Lewis, duffy, D.CEce, etc.
- ✦ A la par del rastreo de anticuerpos se realizara la identificación de los mismos ó procedimiento Manual, cumpliendo estas características y especificaciones.

Las pruebas manuales de Inmunohematología; se realizarán en los Hospitales Generales; Ticomán, Villa, Belisario Domínguez, Tlalpan (Ajusco Medio), Tláhuac y Enrique Cabrera (material e insumos para realizar las pruebas manuales)..

PRUEBAS QUE SE REALIZARAN EN TODOS LOS BANCOS DE SANGRE DE LA RED HOSPITALARIA.

- ✦ Grupo sanguíneo ABO directo e inverso y factor Rh. Fenotipo de Rh. Pruebas de compatibilidad sanguínea.
- ✦ Coombs directo.
- ✦ Rastreo de anticuerpos irregulares. Identificación de anticuerpos irregulares.

GRUPO SANGUÍNEO

Código de barras para muestras y reactivos, y Control de calidad integrado (pruebas manuales)

RASTREO E IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES CONTRA ANTIGENOS ERITROCITARIOS.

El rastreo de Anticuerpos Irregulares se realizara exclusivamente en el Hospital General Iztapalapa.

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373



- Un kit de semipanel y un kit de panel completo mensual, se entregará juego completo de anticuerpos de los sistemas sanguíneos específicos en el panel (Lewis, duffy, D.CEce, etc.)
- A la par del rastreo de anticuerpos se realizará la identificación de los mismos ó procedimiento Manual, cumpliendo estas características y especificaciones.

4.-PRUEBAS CONFIRMATORIAS VIH, HVC, HBsAG Y SIFILIS DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL Y/O PROCEDIMIENTOS MANUALES,

ESTAS PRUEBAS SOLO SE REALIZARAN EN EL BANCO CENTRAL DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA.

- CONFIRMATORIA HCV.
 - Técnica Inmunoenzimática para identificación de anticuerpos de Hepatitis C Ensayo en tira inmunoabsorbente con antígeno codificado del virus de la hepatitis C (HCV) (Antígenos con proteínas recombinantes, NS3 y NS4; péptidos C1 y C2. Proteína de fusión GST. Con su control
- CONFIRMATORIA DE VIH
 - Prueba para la detección de anticuerpos contra virus de la Inmunodeficiencia Humana por Western Blot.
- CONFIRMATORIA HBsAG.
 - Ensayo para confirmar la presencia del antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B, por neutralización de anticuerpos específicos del HBsAG.
- CONFIRMATORIA SIFILIS, QUE SE PROCESE EN EL MISMO EQUIPO DE SEROLOGÍA.

5.-DEBERÁ PROPORCIONAR BOLSAS:

- BOLSA CUADRUPLE CPD-SAGMANITOL 450 ML, PLASTICO TOTM P/PLAQ. 5 DIAS, SISTEMA TOP AND BOTTOM, PROTECTOR DE AGUJA, CAL 16 G, TRIBICELADA Y SILICONIZADA, EN EMPAQUE DE ALUMINIO.
- BOLSA TRIPLE, CPD-SAGMANITOL 450 ML, PLASTICO TOTM, SISTEMA TOP AND BOTTOM, PROTECTOR DE AGUJA, CAL 16 G, TRIBICELADA Y SILICONIZADA, EN EMPAQUE DE ALUMINIO.
- BOLSA TRANSFER PEDIÁTRICA: 6 BOLSAS UNIDAS CON CAPACIDAD DE 100 ML CADA UNA Y PUNZÓN TIPO BAYONETA INDIVIDUAL
- BOLSA DE TRANSFERENCIA DE 300 ML.

Para todos los equipos en demostración permanente no se aceptarán de procedencia de los países siguientes: China, Taiwán, India, Corea o Pakistán.

6.-CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO SOLICITADO PARA PAQUETE DE AFÉRESIS, RECAMBIO PLASMATICOS Y RESCATADOR CELULAR.

SE INDICAN LAS UNIDADES MÉDICAS Y LA DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL.

ESTOS PROCEDIMIENTOS O PRUEBAS SE REALIZARAN EN LOS HOSPITALES QUE SE ENLISTAN A CONTINUACIÓN, ASÍ MISMO SE CONTEMPLAN EN ESTOS NOSOCOMIOS LOS TRATAMIENTOS TERAPEUTICOS DEL CENTRO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO;

-BANCOS DE SANGRE.

- HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA
- HOSPITAL GENERAL XOCO
- HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO
- HOSPITAL GENERAL BALBUENA

-SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN CON CAPTACIÓN DE SANGRE.

- HOSPITAL GENERAL BELISARO DOMÍNGUEZ
- HOSPITAL GENERAL ENRIQUE CABRERA
- HOSPITAL GENERAL TICOMÁN
- HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO
- HOSPITAL GENERAL TLAHUAC

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL PARA AFÉRESIS Y RECAMBIO PLASMATICO.- Equipo para procedimientos de aféresis una sola vía (uní punción) para realizar recolecciones de plaquetas, plaquetas filtradas, recambios plasmáticos, células mononucleares y doble concentrado eritrocitario, maquina portátil con un peso no mayor de 27 Kg., con sensores para el control de procedimiento, con sistema de tarjetas para seleccionar el protocolo, con bomba para sangre, plasma y anticoagulante, sensor para identificar el desechable, balanza para el control del plasma, con soportes para anticoagulante y/o solución salina, sistema de memoria para recuperación de procedimiento al interrumpirse la luz eléctrica, con opción a instalar diferentes tipos de desechable dependiendo del procedimiento que se va a realizar.

Y A CONTINUACIÓN SE DESCRIBE EL EQUIPO RESCATADOR CELULAR (UN EQUIPO)-

Características Generales	Descripción	Equipo portátil automatizado que recupera la sangre extravasada durante el acto quirúrgico y purifica los componentes sanguíneos.
	Pantalla	Pantalla con despliegue de datos, alarmas y medidas correctivas.
	Tiempo de procesado	Tiempo de procesado aproximado de 4 a 5 minutos
	Auto diagnóstico	Con sistema de auto diagnóstico para comprobar la funcionalidad del equipo
	Monitoreo de bolsa de desechos	Con monitoreo de bolsa de desechos que avise al usuario cuando esta esté llena para proceder a vacío de la misma.
	Peso:	Peso de la máquina: 34,0 Kg Peso del carrito: 20,4 Kg
	Lavado	Sistema de lavado de flujo continuo
Funcionalidades	Bomba	Bomba peristáltica de alta velocidad detector de burbujas

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



		Con valores ajustables. Para los bowls Latham: programable de 25 a 1000 ml./min. En incrementos de 25 ml./min. Para el Bowl 70: programable de 25 a 300 ml./min. en incrementos de 25 ml./min
	Modo de funcionamiento	Funcionamiento manual, Automático y de emergencia con mecanismo para intercambio de operación automático a manual viceversa o a cualquier mecanismo.
	Centrífuga	Para los bowls Latham: 5650 r.p.m., programable de 2050 r.p.m. a 5650 r.p.m. en incrementos de 100 r.p.m. Para el Bowl 70: 7000 r.p.m., programable de 2050 r.p.m. a 7000 r.p.m. en incrementos de 100 r.p.m. Con sistema de seguridad que impida su apertura durante la operación
	Tipos de campanas	Con capacidad de operar diferentes tipos de campanas: 225 ml, 125 ml, y otros.
	Sensores	Sensor Óptico dual (doble) para detectar nivel de eritrocitos, sensor de salida, sensor de aire. Sensor que verifica el peso del reservorio durante el procedimiento para estimar el volumen que contiene.
	Sistema de vacío	Sistema de vacío integrado
Accesorios, Periféricos y Consumibles	Set de consumibles	Paquete que incluye kit con campana de centrifugación, líneas, bolsa de desecho y de recolección, reservorio de al menos 3l, líneas de aspiración.
	Porta sueros	Un porta sueros incluido en el carro de transporte.
	Manuales	Manual de Usuario
Alimentación Eléctrica	Alimentación eléctrica	110 v.c.a. ± 10% / 60hz

ESTE EQUIPO SE INSTALARÁ PREVIA SOLICITUD DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, EN LOS HOSPITALES GENERALES QUE SE REQUIERA POR EVENTO.

7.- AGREGACIÓN PLAQUETARIA, CITOMETRÍA DE FLUJO Y CONTROL DE TERCERA OPINIÓN PARA SEROLOGÍA INFECCIOSA (CONTROL DE CALIDAD).

AGREGACIÓN PLAQUETARIA Y CITOMETRÍA DE FLUJO.- SÓLO SE REALIZARÁ EN EL BANCO CENTRAL DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA. DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL.-

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS: CITÓMETRO DE FLUJO

PRUEBA CD34 PARA CONTROL DE CALIDAD EN PLASMAS Y PAQUETES ERITROCITARIOS LEUCORREDUCIDOS.

- Láser de Argón de 488 nm, 15 mW y enfriado por aire para la lectura de FITC, PE, ECD y PC5.
 - Con parámetro de detección para el análisis por reducción de datos en el análisis multicolor.
 - Control biológico para monitoreo del buen funcionamiento de los anticuerpos monoclonales (sangre control valorada, misma marca del instrumento)
 - Software con control de calidad que incluya graficas de Levey Jennings
 - Tres velocidades de flujo predeterminadas: bajo, medio alto.
 - Sistema para la lisis, estabilización y fijación de sangre total en ciclo de 35 segundos por tubo.
 - Computadora: compatible con PC, procesador Pentium, monitor SVGA 21", Mouse, teclado, impresora
 - HP Desk Jet.
 - Software de propósito general para manejo del Citómetro de Flujo, adquisición, análisis y reporte de datos en valores absolutos.
 - Ingenieros de servicio con experiencia comprobable en el área de citometría de flujo.
- Asesoría en aplicaciones clínicas en las instalaciones del laboratorio cada vez que se requiera y en un tiempo máximo de 24 horas.

AGREGACIÓN PLAQUETARIA. (CONTROL DE CALIDAD PARA PLASMAS RICOS EN PLAQUETAS)

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL.

- Equipo automatizado para el análisis de Agregometría plaquetaria
- Instrumento de mesa compacto
- Fundamento en tres tecnologías: óptico, Impedancia y Luminiscencia
- Análisis en sangre total y plasma rico en plaquetas.
- Un canal de lectura

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



- ✦ Control automático de temperatura y de velocidad de agitación
- ✦ Computadora con monitor
- ✦ Software agro-link para el manejo de resultados y gráficas en forma automatizada
- ✦ Panel de pruebas: Trombina, colágeno, ácido araquidónico, ristocetina, ADP, y epinefrina.
- ✦ La presentación de los reactivos debe ser por separado.
- ✦ Impresora gráfica adicional

CONTROL DE CALIDAD EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGICAS Y PARA DETERMINACIONES SEROLOGICAS.

7.1 El proveedor coadyuvará y apoyará a la Secretaría para realizar la certificación ISO 9001 2008, en los cuatro (04) Bancos de Sangre y en las seis (06) unidades de medicina transfusional y puestos de sangrado, las actividades e integración de carpetas es responsabilidad de cada Unidad Médica.

- ✦ CONTROL DE CALIDAD EXTERNO, EN LOS BANCOS DE SANGRE QUE CUENTAN CON DIAGNOSTICO DE SEROLOGÍA INFECCIONESAS, CONVENIO CON EL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUINEA Y LA SECRETARÍA DE SALUD, DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

8.- SISTEMA DE INFORMÁTICA PARA ADMINISTRACIÓN TOTAL.

EL SISTEMA INFORMATICO DEBERA DE SER INSTALADO EN TODOS LOS BANCOS DE SANGRE Y EN LOS SERVICIOS DE TRANSFUSION DE LA RED HOSPITALARIA, CON ENLACE A LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARÍA, CON ACCESO FÁCIL PARA DISPONIBILIDAD DEL INVENTARIO DE SANGRE DISPONIBLE.

DESCRIPCIÓN SISTEMA INFORMATICO PARA ADMINISTRACIÓN TOTAL, (EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL).

- ✦ Que incluye interface en todos los Bancos de Sangre y Puestos de Sangrado para integrar todos los equipos, unidades de cómputo en todas las recepciones y en cada uno de los consultorios médicos, Implementación de identificación del donador con identificación de huellas digitales y cámaras web.
- ✦ Emisión de etiquetas con códigos de barras para cada uno de los tubos.
- ✦ Cumplir con las especificaciones del Centro de la Transfusión Sanguínea y cumplir con la normatividad, así como las actualizaciones que se encuentren vigentes.
- ✦ Instalación en toda la Red hospitalaria en todos y cada uno de las Unidades Médicas para acceso a la disponibilidad de sangre.
- ✦ Capacitación continua y actualizaciones, así como Mantenimiento y servicio a toda la Red Hospitalaria, para el enlace del sistema informático.

9.- NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO OPERATIVO DE APOYO POR BANCO DE SANGRE.

BANCOS DE SANGRE EN OPERACION	
BANCO DE SANGRE	NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO
BANCOS DE SANGRE, EN LOS HOSPITALES GENERALES; ○ IZTAPALAPA. ○ RUBEN LEÑERO. ○ BALBUENA. ○ XOCO.	AGITADOR DE PLAQUETAS
	BAÑO MARÍA CON TERMÓMETRO DE MERCURIO CON ESCALA DE 20 A 110°C
	CONGELADOR VERTICAL DE 9.7 PIES CÚBICOS/274 LITROS DE CAPACIDAD. COIN ALARMAS, ENFRIAMIENTO DIFUSOR, INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, COMPRESOR 115 VOLTS, FRENTE 614 MM, FONDO 733 MM, ALTURA 1620 MM, PATAS AJUSTABLES Y TEMPERATURA DE -20°C A -30°C, CON NO BREAK
	REFRIGERADOR DE 10 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS O GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 ° C, FRENTE 52.70, FONDO 50.10 Y ALTURA 170.20, COMPRESOR 1/8, PATAS AJUSTABLES. CON NO BREAK
	CENTRIFUGA REFRIGERADA PARA FRACCIONAMIENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.
	HORNO DE SECADO
	CENTRIFUGA DE MESA (SEROFUGE)
	SELLADOR ELÉCTRICO PARA TUBOS DE BOLSA DE SANGRE

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



SILLONES PARA DONADORES
BALANZAS MEZCLADORAS PARA BOLSAS DE SANGRE
MÁQUINA DE AFÉRESIS (TERAPÉUTICA Y DE DEPÓSITO).
PIPETA MULTICANAL 50- 500 MICRO LITROS.
PIPETAS AUTOMÁTICAS VOLUMEN VARIABLE 2-10 UI.
PIPETAS AUTOMÁTICAS VOLUMEN VARIABLE 200-1000 UI.
PIPETAS AUTOMÁTICAS VOLUMEN VARIABLE 40-200 UI
PIPETAS AUTOMÁTICAS VOLUMEN 5-40 UI
CONECTOR ESTÉRIL DE MANGUERA
AGITADOR DE MICRO PLACAS
AGITADOR DE TUBOS.
CENTRIFUGA DE MESA
ROTOR VDRL (AGITADOR).
CENTRÍFUGA PARA TÉCNICAS EN GEL.
CRONÓMETRO.
TERMÓMETRO DIGITAL CON TERMOPAR (RANGO DE -80°C A + 47°C) RESOLUCIÓN DE 0.001
TERMÓMETROS DE MERCURIO PARA LABORATORIO (RANGO DE -18°C A + 49°C).
TERMÓMETROS DE ALCOHOL PARA LABORATORIO (RANGO DE -80°C A +29°C).
TERMÓMETRO DE MERCURIO PARA LABORATORIO (RANGO DE -20°C A 110°C).
CONTENEDORES RESISTENTES, HERMÉTICOS, TERMOAISLANTES PARA EL TRANSPORTE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.
DESPLASMADOR.
GRADILLAS PARA TUBOS.
PINZAS HEMOSTÁTICAS.
TORUNDERAS.
TIJERAS
PINZAS DE RODILLO
TIJERAS QUIRÚRGICAS
PORTA TERMÓMETROS DE ACERO INOXIDABLE.
PROGRAMA DE CÓMPUTO INTEGRADO PARA BANCO DE SANGRE, CON COMPUTADORA, IMPRESORA ETIQUETADORA Y SCANNER
SISTEMA EN RED PARA EXISTENCIAS SANGUÍNEAS
EQUIPO AUTOMATIZADO PARA PRUEBAS CRUZADAS (SOLO IZTAPALAPA)

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



EQUIPO AUTOMATIZADO PARA SEROLOGÍA INFECCIOSA
AGREGÓMETRO (SOLO IZTAPALAPA)
COAGULÓMETRO. (SOLO IZTAPALAPA)
CITÓMETRO (SOLO IZTAPALAPA)
ANALIZADOR DE HEMATOLOGIA
LAVADORA DE MICRO PLACAS
EQUIPO DE INMUNOHEMATOLOGÍA AUTOMATIZADO O SEMI-AUTOMATIZADO (GRUPOS SANGUINEOS)
LECTOR DE MICRO PLACAS
EQUIPO AUTOMATIZADO PARA PROCESAR TIRAS DE NITROCELULOSA
AIRE ACONDICIONADO PARA EQUIPOS QUE LO REQUIERAN

SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE SANGRE	
BANCO DE SANGRE	NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ↓ SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL GENERAL LA VILLA. ↓ SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL GENERAL TICOMAN. ↓ SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BELISARIO DOMINGUEZ. ↓ SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL GENERAL ENRIQUE CABRERA. ↓ SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO ↓ SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL GENERAL TLAHUAC. 	CONGELADOR VERTICAL DE 9.7 PIES CÚBICOS/274 LITROS DE CAPACIDAD. COIN ALARMAS, ENFRIAMIENTO DIFUSOR, INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, COMPRESOR 115 VOLTS, FRENTE 614 MM, FONDO 733 MM, ALTURA 1620 MM, PATAS AJUSTABLES Y TEMPERATURA DE -20°C A -30°C, CON NO BREAK
	REFRIGERADOR DE 10 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS O GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 ° C, FRENTE 52.70, FONDO 50.10 Y ALTURA 170.20, COMPRESOR 1/8, PATAS AJUSTABLES Y CON NO BREAK
	UNA CENTRIFUGA REFRIGERADA
	CENTRIFUGA DE MESA (SEROFUGE)
	SILLONES PARA DONADORES
	CONTENEDORES RESISTENTES, HERMÉTICOS, TERMOAISLANTES PARA EL TRANSPORTE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.
	GRADILLAS PARA TUBOS.
	TORUNDERAS.
	TIJERAS
	TIJERAS QUIRÚRGICAS
	PORTA TERMÓMETROS DE ACERO INOXIDABLE.
	PROGRAMA DE CÓMPUTO INTEGRADO PARA BANCO DE SANGRE, CON COMPUTADORA. IMPRESORA ETIQUETADORA Y SCANNER
	AIRE ACONDICIONADO PARA EQUIPOS QUE LO REQUIERAN

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL



SISTEMA EN RED PARA EXISTENCIAS SANGUÍNEAS.
EQUIPO DE HEMATOLOGÍA
EQUIPO DE INMUNO HEMATOLOGÍA SEMI-AUTOMATIZADO (GRUPOS SANGUÍNEOS)
MÁQUINA DE AFÉRESIS (TERAPÉUTICA Y DE DEPÓSITO).

10.- NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO OPERATIVO DE APOYO POR SERVICIOS DE TRANSFUSION.

SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE	
BANCO DE SANGRE	NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL GENERAL EMILIANO ZAPATA. (*) • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL GENERAL GREGORIO SALAS. • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL GENERAL MILPA ALTA. (*) • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE TORRE MEDICA TEPEPAN. (*), PENDIENTE LICENCIA SANITARIA. • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL PEDIATRICO AZCAPOTZALCO. • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL PEDIATRICO COYOACAN. • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL PEDIATRICO IZTACALCO. • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA. • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA. • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL PEDIATRICO SAN JUAN DE ARAGON. • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL PEDIATRICO TACUBAYA. • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUITEPEC. (*) • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN. • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL MATERNO INFANTIL MAGDALENA CONTRERAS. (*) • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL MATERNO INFANTIL N.M. CEDILLO. (*) • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL MATERNO INFANTIL TLAHUAC. (*) • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOPILEJO. (*) • SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE HOSPITAL MATERNO PEDIATRICO XOCHIMILCO. 	<p>BAÑO MARÍA CON TERMÓMETRO DE MERCURIO CON ESCALA DE 20 A 110°C. (*)</p> <p>CONGELADOR VERTICAL DE 9.7 PIES CÚBICOS/274 LITROS DE CAPACIDAD. COIN ALARMAS, ENFRIAMIENTO DIFUSOR, INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, COMPRESOR 115 VOLTS, FRENTE 614 MM, FONDO 733 MM, ALTURA 1620 MM, PATAS AJUSTABLES Y TEMPERATURA DE -20°C A -30°C, CON NO BREAK</p> <p>REFRIGERADOR DE 8 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL LOW E, CON GAS ARGON ENTRE CRISTALES Y CON DIVISIONES AL INTERIOR, CON ALARMAS SONORAS O GRAFICAS, CONTROLADOR ITEC, REFRIGERANTE R134A, FRENTE 0.65M, FONDO 0.57M Y ALTURA 1.44M, ENFRIAMIENTO DIFUSOR, PATAS AJUSTABLES, CON NO BREAK</p> <p>CONTENEDORES RESISTENTES, HERMÉTICOS, TERMOAISLANTES PARA EL TRANSPORTE DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.</p>

11.- REQUERIMIENTOS DE INSUMOS DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN. (LOS INSUMOS SE ENTREGARAN DE ACUERDO AL TIPO DE SERVICIO).

- Torunderos y Torundas.
- Tubo sistema para toma y recolección de sangre, de plástico PET al vacío (13 x 75 mm) desechable para adulto con EDTA K2 (7.2 mg) aplicado por aspersion en la pared del tubo, tapón lila con silicón como lubricante, volumen de drenado 4.0 ml (+0.3 ml). Etiquetados individualmente con número de lote y fecha de caducidad. Con tapón de seguridad. Estéril.
- Tubo sistema para toma y recolección de sangre, de plástico PET al vacío (13 x 100 mm) desechable para adulto sin anticoagulante, tapón rojo con silicón como lubricante y activador de la coagulación, volumen de drenado 6 ml (+0.3 ml). Etiquetados individual
- Adaptador. Para agujas. Toma múltiple.
- Aguja estéril desechable para recolección de sangre toma múltiple 21 x 31 mm pabellón y capuchón color-verde con broche de seguridad Integrado (misma marca que tubos para muestra sanguínea).

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373



- Torniquete plano de poli-sorpreno, toma libre de látex de 2.5 cm de ancho y 45 cm de largo.
- Pipetas automáticas de diferentes volúmenes, según las necesidades de la unidad hospitalaria.
- Puntas de plástico de acuerdo a las pipetas automáticas.
- Bolsas para fraccionar sangre. CUÁDRUPLE: contiene una bolsa primaria de 450 +/-45 ml con 63 a 70 ml de solución anticoagulante CPD, conectada a un tubo colector integral con aguja de 15 o 16 G y a un sistema secundario formado por tres bolsas de 300 ml mínimo, para almacenar plaquetas por 5 días una bolsa debe contener 100 ml de solución aditiva que proporcione como mínimo 42 días de vigencia al concentrado eritrocitario; compatible con sistemas de reducción de leucocitos en 1 o más logaritmos.
- Bolsas para fraccionar sangre. TRIPLE: contiene una bolsa primaria de 450 +/-45 ml con 63 a 70 ml de solución anticoagulante CPD, conectada a un tubo colector integral con aguja de 15 o 16 G y a un sistema secundario formado por dos bolsas de 300 ml mínimo, una bolsa debe contener 100 ml de solución aditiva que proporcione como mínimo 42 días de vigencia al concentrado eritrocitario; compatible con sistemas de reducción de leucocitos en 1 o más logaritmos.
- Bolsa transferencia unida a la bolsa principal, filtro para leucorreducción,
- Equipo de plaquetoféresis
- Filtro
- Conector estéril.
- Insumos para los procedimientos del Equipo de aféresis, eritroaféresis, leucoféresis y recambio plasmático
- Pipeta. De vidrio blando, con punta alargada tipo Pasteur, para diversos usos. Longitud: 22.86 cm (9 pulgadas).
- Tubo. De ensaye; vidrio refractario sin labio en dimensiones de: 12 x 75 mm.
- Bulbo de goma. Para gotero, de látex. Capacidad 2 ml.
- Gradilla de alambre con cubierta de cadmio o plástico esterilizable. Para 90 tubos hasta 13 mm de diámetro
- Papel. Parafinado para tapar tubos, a prueba de humedad, semitransparente, estirable e inerte. Rollo de 50 cm de ancho X: 760 cm de longitud.
- Frasco de polietileno, con tubo lateral, pizeta para expulsar líquidos a presión, aforar, lavar, teñir, etc. Para volúmenes de 500 ml.
- Reloj de intervalos. El mecanismo de alarma y cuerda se accionan al mismo tiempo con duración hasta de 60 minutos.
- Termómetro. De mercurio. Con escala de: -10°C a 110°C.
- Portaobjetos. De vidrio, rectangulares, de grosor uniforme, de 75 X 25 X 0.8 a 1.1 mm: Lisos. Caja con 50 piezas.
- Escobillón para tubos 13 x 100 mm. Diámetro 1.2 cm.
- Pipetas serológicas y volumétricas de diferentes volúmenes.
- Alcohol 96°.
- Anti A. Antisuero para tipificar la sangre de origen monoclonal. RTC. Frasco con 10 ml.
- Anti B. Antisuero para tipificar la sangre de origen monoclonal. RTC. Frasco con 10 ml.
- Anti AB. Antisuero para tipificar la sangre de origen monoclonal. RTC. Frasco con 10 ml.
- Anti Rh (D) albuminoso. Antisuero para tipificar la sangre, de origen monoclonal. RTC. Frasco con 10 ml.
- Anti A1 (Lectina) antisuero para tipificar sangre.)
- Anti H (Lectina) antisuero para tipificar sangre.
- Detergente para lavado de material de vidrio, plástico y porcelana con eliminación completa de trazas y residuos, biodegradable, neutro.
- Prueba rápida de reagina para el diagnóstico de sífilis, con control positivo y negativo.
- Antígeno teñido con Rosa de Bengala, aglutinación en placa para diagnóstico de Brucelosis. Compuesto de: Antígeno adsorbido a partículas de látex. 5 ml. Suero control positivo y negativo. Placa de reacción. RTC. Frasco con 5 ml.
- Pruebas de serología HIV Virus Inmunodeficiencia Humana, Anticuerpos contra el virus de la Hepatitis "C", Anticuerpos contra virus de la Hepatitis "B" y para la detección de Anticuerpos de Tripanosomiasis Americana (Chagas)
- Semi-panel para rastreo de anticuerpos irregulares.
- Papel para impresión de resultados.
- Etiquetas
- Cartuchos o tóner para impresoras.
- Termómetros para refrigeradores y congeladores, debidamente certificados.
- Todos los insumos necesarios desde la recepción del donante, hasta la entrega de la bolsa para ser transfundida.

El proveedor proporcionará en calidad de demostración permanente un sistema de comunicación entre los bancos de sangre-distribuidores-nivel central con un sistema de comunicación móvil (Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, Coordinación de Banco de Sangre y a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología).

12.- TRANSPORTE DE MUESTRA PARA PRUEBAS DE SEROLOGÍA DE LOS HOSPITALES HOSPITAL GENERAL VILLA, TICOMAN, AJUSCO MEDIO, TLAHUAC, BELISARIO DOMINGUEZ Y ENRIQUE CABRERA.

13.- ADECUACION DE LAS AREAS DE LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSION NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.

El proveedor deberá de adecuar o modificar sin costo adicional para la Secretaría de Salud de la Ciudad de México las áreas físicas en donde instalarán sus equipos analíticos, y de apoyo operativo, las modificaciones o adecuaciones se realizarán siempre y cuando tengan la autorización de la Secretaría de Salud, guardando las características estéticas y de calidad correspondientes para el buen funcionamiento del servicio.

14.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS ANALITICOS Y DE APOYO PARA REALIZAR LAS PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE.

El proveedor del servicio deberá de efectuar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios a los equipos analíticos y operativos que sean instalados en los bancos de sangre y servicios de transfusión necesarios para el procesamiento de las pruebas de banco de sangre sin costo alguno para la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, para tal efecto deberá de presentar calendario de mantenimiento preventivo y carta bajo protesta de decir verdad de que realizará el mantenimiento preventivo y correctivo a todo el equipo necesario para la realización de las pruebas de Banco de Sangre.

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373



15.- CERTIFICACION DEL SERVICIO.

El proveedor deberá cumplir con el numeral 13 del anexo 2 A de las presentes.

EL PROVEEDOR ENTREGARA A PETICION DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO LA SIGUIENTE DOCUMENTACION.

16.- Presentar Registro Sanitario vigente, emitido por la SSA a nombre del fabricante o distribuidor, así como, las modificaciones correspondientes a las condiciones del registro.

17.- Presentar certificado ISO, CCE, FDA vigentes aplicables al país de origen y correspondientes a los procesos de manufactura del bien,

18.- Presentar carta bajo protesta de decir verdad que en se compromete a entregar el certificado de Calidad de producto terminado original o copia, emitido por el fabricante y debidamente avalado por el responsable del área.

19.- Otras Prescripciones Aplicables al Servicio.

2. Carta compromiso, en la que se obligue a proporcionar sin costo adicional para la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, durante la vigencia del contrato: consumibles, refacciones nuevas y originales, instalaciones, equipos adecuados, personal especializado para brindar el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo, capacitación y asistencia técnica.
3. Escrito en el que manifieste sus Especificaciones técnicas de equipos y reactivos, para que durante la vigencia del contrato, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México realice evaluaciones técnicas de los reactivos y equipos ofertados cuando el programa de control de calidad interno y/o externo se encuentre dentro de las desviaciones establecidas.
4. Carta compromiso, en la que acepte que sólo mediante escrito emitido por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, retirará los equipos instalados en las Unidades Médicas y que proporcionará soporte técnico e Insumos para procesar las pruebas de BANCO DE SANGRE con Suministro de Equipo en demostración temporal hasta terminada la vigencia del contrato.
5. Carta compromiso de que proporcionará la inscripción sin costo alguno para la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, a un Programa de Control de Calidad Externo en las metodologías de banco de sangre en las que aplique; que tengan calendario anual para el envío de muestras biológicas y resultados, donde se deberán programar juntas mensuales en las que se evaluarán los resultados, impartidos por personal profesionalmente capacitado. La inscripción a estos programas se mantendrá vigente hasta la terminación del contrato. Para garantizar este compromiso, el proveedor acepta que se proceda a la aplicación de la garantía de cumplimiento de contrato.
6. Carta compromiso en la que se obliga a que, suministrará todos los insumos necesarios para obtener el rendimiento ofrecido y aceptado por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
7. Programa Teórico-Práctico y Calendario de Capacitación que se requiera en el manejo y funcionamiento de los equipos, así como la capacitación del sistema de informática propio de cada equipo (manejo de software y hardware), a todo el personal operativo y jefes de Servicio en idioma español.
8. Carta compromiso, en la que se compromete a capacitar al 100% del personal de Banco de sangre y en el manejo y funcionamiento de los equipos, así como en el sistema de informática propio de cada equipo (manejo de software y hardware).
9. Carta compromiso, en la que acepta entregar, los manuales originales en idioma inglés y con traducción técnica al español de cada equipo, bitácora de servicio, así como la guía rápida en idioma español.
10. Carta compromiso mediante la cual se obliga a otorgar el apoyo con personal técnico capacitado a fin de que esté presente en el arranque de los equipos y sistemas instalados.
11. Programa de Mantenimiento Preventivo para los equipos acompañado de su catálogo.
12. Carta compromiso mediante el cual se compromete a sustituir el equipo originalmente propuesto con otro de las mismas características dentro de los tres días naturales siguientes, en caso de tres fallas que ameriten mantenimiento correctivo en un periodo de treinta días naturales o fuera de servicio por tres días hábiles, imputables al equipo.
13. Relación del personal que proporcionará asistencia técnica durante la vigencia del contrato con nombre, profesión y teléfono del personal profesional avalado por el fabricante (Ingenieros, Químicos, Administradores, etc.) que destinará para la atención del servicio.
14. Carta compromiso bajo protesta de decir verdad, en el que manifieste que realizará a los equipos que proporcione a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México en calidad de demostración temporal durante la vigencia del contrato, las acciones necesarias que garanticen el mantener en perfecto estado de uso de los equipos para la realización de Pruebas de BANCO DE SANGRE, las 24 horas al día, durante los 365 días del año incluyendo sábados, domingos y días festivos, durante la vigencia del contrato.
15. Carta compromiso en el que acepte las condiciones de entrega de los equipos e insumos establecidos en el Anexo 2 A.
16. Carta compromiso bajo protesta de decir verdad, en la que acepte asumir toda la responsabilidad en caso de infringir patentes, marcas o violar registros de derechos de autor u otros derechos exclusivos.
17. Autorización de libre venta sin restricción de uso en el país de origen expedido por la Autoridad Sanitaria de dicho país para equipos y reactivos, avalado por la Norma Oficial Mexicana.
18. Carta compromiso bajo protesta de decir verdad, firmada por el representante legal, en la que el proveedor asumirá la responsabilidad total de que los insumos y equipos deberán entregarse debidamente embalados y empacados. El empaque será el que garantice su calidad, integridad, conservación y control de temperatura.

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373



- 19. Carta compromiso firmada por el proveedor, en la que el proveedor deberá entregar un informe mensual pormenorizado de todas las pruebas realizadas en las unidades médicas, dirigida al titular de la Dirección General de Administración, con copia para la Dirección de Medicamentos Insumos y Tecnología y a la Dirección General de Servicios Médicos de Apoyo dentro de los primeros 10 días hábiles posteriores al mes devengado, deberá de enviar en forma electrónica el informe a la siguiente dirección de correo electrónico dmt.sedesa@gmail.com.
- 20. Carta compromiso firmada por el proveedor, en la que se obliga a que su personal deberá portar identificación visible que lo acredite como empleado del proveedor.

<p>ELABORÓ</p>  <p>M. en C. UBALDO ALMAZAN MARTINEZ JUD de Insumos de Laboratorio e Imagen</p>	<p>SUPERVISÓ</p>  <p>ING. ERIK CRISTIAN GARCIA TENA Subdirector de Tecnología</p>	<p>AUTORIZÓ</p> <p>CON FUNDAMENTO EN LA FRACCIÓN V DEL ARTICULO 24 DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL, EN AUSENCIA DEL DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍA FIRMA EL COORDINADOR DE TECNOLOGÍA E INSUMOS</p>  <p>ING. JUAN MERCADILLO AGUILAR Coordinador de Tecnología e Insumos</p>
--	---	--

ANEXO 2A

**(CONDICIONES
GENERALES DEL
SERVICIO)**

g

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



ANEXO 2 A CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO

Unidad de Gobierno: Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Área Solicitante Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias

Clave CAMBS:

Partida Presupuestal: 3993

Descripción Técnica del servicio:

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL:

PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE (HEMATOLOGÍA, SEROLOGÍA, INMUNOHEMATOLOGÍA, PRUEBAS CONFIRMATORIAS, BOLSAS DE EXTRACCIÓN, AFERESIS, AGREGONOMETRÍA, CITOMETRÍA DE FLUJO, SISTEMA INFORMÁTICO, TRANSPORTE DE MUESTRA PARA PRUEBAS DE SEROLOGÍA DE LOS HOSPITALES HOSPITAL GENERAL VILLA, TICOMAN, AJUSCO MEDIO, TLAHUAC, XOCO, BELISARIO DOMÍNGUEZ, ENRIQUE CABRERA Y CERTIFICACIÓN DEL PROCESO) QUE INCLUYA LA INSTALACIÓN DE EQUIPOS AUTOMATIZADOS, DE EQUIPOS OPERATIVOS DE APOYO COMO (REFRIGERADORES, CONGELADORES, HORNO DE SECADO, CENTRIFUGAS DE MESA (SEROFUGA), CENTRIFUGAS REFRIGERADAS, BAÑO MARÍA, AGITADOR DE PLAQUETAS, TERMÓMETROS DE MERCURIO EN DISTINTAS ESCALAS, CRONÓMETRO, TERMÓMETRO DIGITAL, VEHÍCULO PARA TRANSPORTE Y TRASLADO DE MUESTRAS SANGUÍNEAS, GRADILLAS DE 90 TUBOS DE ENSAYE, TORUNDERAS, PINZAS HEMOSTÁTICAS, PINZAS DE RODILLO, TIJERAS QUIRÚRGICAS, GRAPAS SELLADORAS, PORTATERMÓMETROS DE ACERO INOXIDABLE SELLADORES ELÉCTRICOS PARA BOLSAS DE SANGRE, SILLONES PARA DONADORES, BALANZA MEZCLADORA PARA BOLSA DE SANGRE, BALANZA GRANATARIA, PIPETAS AUTOMÁTICAS, AGITADORES DE MICROPLACAS, AGITADOR DE TUBOS DE ENSAYE, ROTOR AUTOMÁTICO, INCUBADOR PARA TÉCNICAS EN GEL, CENTRIFUGA PARA TÉCNICAS EN GEL, ESTUCHE DE DIAGNÓSTICO COMPLETO PORTÁTIL), ADECUACIÓN DE LAS ÁREAS DE LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO, CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DESIGNADO POR LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS EQUIPOS AUTOMATIZADOS Y OPERATIVOS, DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y PROGRAMAS ASOCIADOS (SOFTWARE), ASÍ COMO LA DOTACIÓN DE INSUMOS Y CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS POR EL PROVEEDOR, EL PROVEEDOR DEBERÁ DE SUMINISTRAR LOS INSUMOS Y EQUIPOS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE SIN COSTO ADICIONAL AL CONTRATO VIGENTE.

1.- INSUMOS

La caducidad de los reactivos, controles y calibradores (al momento de la entrega) deberá ser de seis meses como mínimo, comprometiéndose por medio de carta compromiso, el proveedor, sustituirá el reactivo que no se haya consumido y esté próximo a caducar, con 20 días previos a la fecha de caducidad.

En el caso de controles y calibradores de hematología la vigencia debe ser de al menos dos meses, y el canje con al menos una semana antes de caducar.

Se entiende por el término de automatización el proceso en el que el reactivo está listo para su uso, y muestra del paciente son aspirados automáticamente, mezclados, incubados, leídos y emitido un resultado en forma impresa por un instrumento que tenga la capacidad de trabajar en forma de acceso aleatorio o de bacheo la carga de trabajo asignada. La muestra deberá ser aspirada automáticamente desde un tubo primario y capaz de guardar en memoria curvas o factores de calibración y que puede ser programable.

Los insumos, deberán otorgarse en la suficiente cantidad y en relación directa con el rendimiento requerido por las Unidades Médicas de la Red Hospitalaria de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

El proveedor deberá de considerar que los calibradores y controles que se proporcionen dentro de los insumos necesarios para la validación del proceso, incluyendo el propio reactivo, son adicionales a los requeridos para obtener el rendimiento expresado en la cantidad de pruebas solicitadas en las Cédulas de las Especificaciones Técnicas.

Durante la vigencia del contrato, el proveedor se compromete a suministrar los insumos necesarios para obtener el rendimiento necesario para atender la productividad de los Bancos de Sangre de la red. En el supuesto que el rendimiento de los reactivos, fuese menor al originalmente ofertado, quedará obligado a suministrar el faltante, el cual será solicitado por el Jefe o encargado del Servicio por escrito, a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, con copia a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología, para ser repuesto en un plazo máximo de 3 días hábiles a partir del reporte. Este faltante se entregará con nota de remisión sin cargo para la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

El proveedor se compromete a que cuando por causas imputables a él, la Unidad Médica no pueda atender su productividad por falta de insumos o en el caso de que el equipo sufra descomposturas, se hará cargo de recoger, enviar y procesar las muestras con personal técnico a su cargo, en los Bancos de Sangre de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, sin que dicho proceso afecte la propia productividad del Banco de Sangre donde decida realizar el procesamiento, y una vez que obtenga los resultados los entregará a la Unidad Médica solicitante. Este procedimiento se realizará en un máximo de 10 horas a partir de la notificación vía telefónica. En el caso de no cumplir en el tiempo establecido, se hará acreedor a las penas convencionales, ya que se tomarán como pruebas no realizadas.

Se define como validación inicial al proceso de verificar en cada equipo la precisión, linealidad, reproducibilidad, sensibilidad, exactitud, para cada una de las pruebas y obtener un resultado confiable empleando la cantidad que sea necesaria de insumos para la realización del control de calidad, calibraciones, repeticiones de corridas y diluciones de muestras. Si por razones inherentes al proceso de validación se gastan insumos destinados para la realización de las



pruebas, el proveedor se obliga a reponerlos. Este material será solicitado por el Jefe del Servicio por escrito al proveedor con copia a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología, para ser repuesto en un plazo máximo de 3 días, este faltante se entregará, con nota de remisión sin cargo para la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. En el escrito se reportará la causa que originó dichas repeticiones, anexando hoja del reporte del equipo que respalde dicha información. Para corroborar lo anterior se le proporcionará al proveedor:

- a) Reporte impreso de la pantalla de control de calidad y calibraciones efectuadas en el equipo, cuando la validación de rutina no es aceptada.
- b) Reporte de solicitud de mantenimiento correctivo del equipo, elaborado por el Jefe de Banco de sangre y hoja de servicio efectuado por el proveedor, cuando la repetición en la validación o procesamiento de muestras de pacientes fue ocasionado por una falla del equipo.
- c) Registro de los mantenimientos de rutina (diario, semanal y mensual) del equipo, que hayan sido realizados por el operador.
- d) Referencia de fecha y hora en que se utilizó el insumo para proceso de validación en todos los equipos, a través de la Bitácora al efecto implementada por cada Jefe del Servicio.
- e) Registro por software o hardware, del número de pruebas en el equipo.

Los insumos necesarios para la determinación de las Pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional, que se realiza en los BANCOS DE SANGRE de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, deberán corresponder a los niveles de calidad necesarios para obtener resultados confiables y exactos, de acuerdo a lo autorizado por la NOM, FDA, o a los indicados en los Certificados de Libre Venta expedidos por los países pertenecientes a la CCEE, ó el organismo que emita el documento.

El proveedor entregará directamente en los banco de sangre de las Unidades Médicas, por cada lote suministrado: **UN CERTIFICADO DE CALIDAD**, en papel membretado de la Empresa Fabricante que contenga todas las especificaciones técnicas de los insumos, los límites establecidos para cada una, así como los resultados obtenidos en cada caso (expresado en el Sistema Internacional de Unidades) y demás datos, entre ellos Domicilio, teléfono y fax, nombre genérico y comercial del reactivo, número y tamaño del lote fabricado, fecha de fabricación y de caducidad, firmado por el responsable de Control de calidad.

2.- EQUIPOS ANALITICOS Y OPERATIVOS DE APOYO

Los equipos que se propongan deberán satisfacer las necesidades de cada unidad Médica, realizando las adecuaciones físicas ó ambientales (espacio, humedad, voltaje, temperatura e instalaciones hidrosanitarias), en caso necesario, así como la capacidad para cubrir la productividad de los Bancos de Sangre de la Red. Todos deberán tener contador de pruebas interno.

Los equipos que se propongan deberán ser funcionalmente nuevos, con tecnología de punta, aceptándose como fecha de fabricación máxima de seis años.

No se aceptarán propuestas de equipos reconstruidos, ni correspondientes a saldos o remanentes que ostenten las leyendas "only export" ni "only investigación", descontinuados, por descontinuarse, o que no se autorice su uso en el país de origen, que hayan sido motivo de alertas médicas o de sanciones por parte de las Autoridades Mexicanas o de cualquier otro país.

Las características tecnológicas mínimas que deberán cumplir los equipos para el Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional y complementos requeridos se describen en el Anexo 2.

Los equipos propuestos por el proveedor para el Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional, deberán cumplir con características de Tecnología de Avanzada y con el Registro Sanitario vigente emitido por la SSA.

Los equipos propuestos deberán haber sido probados en México y cumplir con las condiciones barométricas de la ciudad, para lo cual el proveedor deberá anexar cartas en papel membretado y sello de las empresas o instituciones públicas donde hayan sido instalados y que garanticen su perfecto funcionamiento. Dichas cartas deberán estar firmadas en original por el Director del Hospital o su equivalente, además de señalar domicilio y número telefónico para constatar su veracidad.

Los equipos propuestos por el proveedor para el Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional, deberán cumplir con certificación NOM. (Norma Oficial Mexicana), en caso de ser aplicable, y como obligatorio los certificados ISO 9001,13485 ó equivalentes vigentes, otorgada por las autoridades competentes en el país de origen, debiendo contar con Certificado de Autorización de libre venta por las Autoridades Sanitarias de su país.

El proveedor deberá identificar los equipos para el servicio al amparo del Contrato, con un material adecuado para resistir las condiciones ambientales de los Banco de sangre, con las leyendas de: "EQUIPO PROPIEDAD DE ---"; datos de los proveedores, (razón social, domicilio, teléfono, R.F.C., Etc.).

El proveedor deberá presentar una carta compromiso en la que especifique que los equipos estarán asegurados contra robo o algún siniestro, sin cargo para la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

3.- FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO ANALITICO Y OPERATIVO DE APOYO

Es obligación del proveedor mantener el equipo proporcionado por él en óptimas condiciones de funcionamiento, a efecto de que los Bancos de Sangre estén en posibilidad de realizar las Pruebas requeridas, particularmente en los aspectos de linealidad, reproducibilidad, exactitud y calibración de las pruebas.

El proveedor deberá considerar que si el equipo está funcionando de manera permanente y en óptimas condiciones se consumirán los insumos en la cantidad suficiente y necesaria para sus procesos de operación; por lo contrario, si los equipos se encuentran descompuestos no se realizarán pruebas, en



consecuencia, no se generarán pagos al proveedor.

Bajo esta premisa, es obligación del proveedor mantener en óptimas condiciones de funcionamiento el equipo y cuando se presenten fallas repararlas de inmediato, por lo que en caso de que el equipo no funcione el personal operativo procederá a:

- Reportar la falla vía telefónica
- Aceptar el apoyo técnico vía telefónica
- En caso de no repararse la falla con las instrucciones recibidas por vía telefónica el Ingeniero de Servicio del proveedor deberá acudir personalmente, en un plazo no mayor de dos horas a partir del reporte inicial de la falla.
- El proveedor deberá proporcionar un número de reporte incluyendo fecha, hora y nombre completo de quién recibe el reporte de la falla, con la finalidad de contar con el control del tiempo de respuesta y atención a las fallas o sustitución de los equipos reportados.
- El proveedor deberá entregar un sistema de comunicación confiable para cada Banco de sangre, a la Coordinación de Banco de Sangre y a la J.U.D. de Insumos de Laboratorio e Imagen, con la finalidad de mantener comunicación directa con el servicio de apoyo técnico.

En cada ocasión en que, para mantener la funcionalidad del equipo se realiza mantenimiento preventivo calendarizado y/o correctivo, el proveedor presentará formatos donde se establezca la verificación del funcionamiento del equipo, con validación correcta en cuanto a corrimiento de controles y calibración de cada una de las pruebas que se realizan en dicho equipo.

Si el equipo no funciona en un período de tres días naturales por causas imputables al mismo, el proveedor deberá instalar otro equipo de características iguales. En caso de no ser así, se considerará como causa de rescisión de contrato y se procederá conforme a la normatividad vigente.

El tiempo de respuesta del proveedor en proporcionar apoyo técnico vía telefónica para el mantenimiento correctivo deberá ser inmediato; si la falla no es corregida por este medio, el tiempo de respuesta del proveedor para el mantenimiento correctivo en la unidad médica (evaluación del problema) no deberá de exceder de un plazo máximo de 2 horas y la corrección deberá realizarse máximo en 4 horas, a partir del reporte inicial de falla del equipo al proveedor hasta que éste deje el equipo en óptimas condiciones de operación y funcionamiento.

En caso de no corregirse la falla del equipo en un plazo máximo de 4 horas a partir del reporte inicial de la misma, el proveedor se compromete a trasladar y procesar las muestras en un banco de sangre de la red, obtener y entregar resultados de las muestras a la Unidad solicitante, en un tiempo que no excederá de 10 horas a partir del reporte inicial de la falla.

El reporte por parte del personal operativo del BANCO DE SANGRE será por teléfono y/o fax, el primero para que sea válido, deberá tener el número de reporte otorgado por el proveedor y nombre completo de la persona quién recibe el reporte, el segundo deberá de ser mediante hoja de reporte de falla de equipo.

El proveedor deberá entregar un número de reporte por cada servicio de mantenimiento correctivo que tenga que efectuar.

El Banco de Sangre aceptará el apoyo del mantenimiento correctivo por medio de llamadas telefónicas, siempre y cuando las fallas, sean factibles de resolver de acuerdo a lo establecido en el manual de operación de cada equipo.

4.- SISTEMA DE CONTROL Y ADMINISTRACIÓN DE BANCO DE SANGRE

Los equipos para procesar pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional propuestos por el proveedor deberán estar complementados en forma adicional y sin costo extra, de equipos y Sistema de Control y Administración de Banco de sangre, cuyas especificaciones técnicas mínimas, que deberá reunir, se describen en el Anexo 3 (Descripción Técnica del SCABS).

- a) La relación de Unidades con equipos para del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional Anexo 6. y que requieren interfase integrada al sistema informático, para la programación de estudios, así como la obtención en línea de los resultados.
- b) La Secretaría de Salud de la Ciudad de México requiere el Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional con suministro de equipo en demostración temporal durante la vigencia del contrato, el uso en sus Unidades Médicas de equipos de informática (estaciones de trabajo compuestas por: una PC, impresora, UPS y regulador), impresoras de alto rendimiento, lector magnético para la lectura de la banda magnética de las tarjetas de identificación, impresoras para etiquetas de código de barras, cuyas características tecnológicas se indican en el Anexo 3 (Descripción Técnica del SCABS), estas estaciones de trabajo deberán contar con conexión al Sistema de Control y Administración de Banco de sangre, cuyos domicilios se indican en el Anexo 6.

5.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y ACCIONES CORRECTIVAS DEL EQUIPO ANALITICO Y OPERATIVO DE APOYO.

El proveedor, proporcionará durante la vigencia del contrato, el mantenimiento preventivo y las acciones correctivas pertinentes con mano de obra especializada, refacciones nuevas y originales, lubricantes y demás actividades que en su caso fuesen necesarios para la correcta operación de los equipos; así mismo proporcionará el mantenimiento preventivo y acciones correctivas del Sistema de Informática así como del Sistema de Control y Administración de Banco de Sangre para cada equipo instalado en cada Unidad Médica, sin costo alguno, mediante carta compromiso que presentará en el sobre de la oferta técnica.

Para el caso de fallas de los equipos, el proveedor deberá presentarse en un plazo máximo de 2 horas a partir del reporte inicial de la falla, realizado por la



Unidad Médica, los reportes se deberán aceptar las 24 horas del día, durante la vigencia del contrato, incluso sábados, domingos y días festivos para efectuar las reparaciones necesarias. A fin de asegurar lo anterior, el proveedor se compromete mediante carta compromiso que presentará e el sobre de la oferta técnica. Por tal motivo los proveedores deberán proporcionar a la Dirección de Medicamentos Insumos y Tecnología y a la Dirección de Servicios Médicos y Urgencias, el nombre de las personas que serán designadas para recibir los reportes, así como números telefónicos, radiolocalizadores, fax, etc., donde puedan ser localizados de manera inmediata.

El proveedor se compromete a que sustituirá el equipo en tres días hábiles por otro funcionalmente nuevo, en caso de que el equipo presente tres fallas que ameriten mantenimiento correctivo, repetitivo y atribuible al equipo en un periodo de 30 días hábiles después del reporte inicial de la falla.

6.- ASISTENCIA TÉCNICA.

El proveedor se compromete, mediante carta-compromiso, a proporcionar la asistencia técnica que se requiera para el manejo y funcionamiento de los equipos para procesar Pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional y sistema informático, deberá integrar en su propuesta los nombres, profesión, teléfonos, fax, celular y radiolocalizador del personal profesional avalado por el fabricante o distribuidor (Ingenieros, Químicos, Administradores, etc.) que destinará para atención del Servicio.

El proveedor se compromete realizar visitas periódicas mensuales y programadas, de 9:00 a 13:00 horas en días hábiles, a las Unidades Médicas de la Red de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México informando por escrito de las anomalías y observaciones que en su caso detecte en cada visita, avalado por el jefe del servicio, dentro de los primeros cinco días hábiles posteriores a la visita, a la Dirección General de Administración, con copia a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología.

7.- RECEPCION DE LOS EQUIPOS E INSUMOS.

El Jefe o encargado del servicio en base a la normatividad vigente deberá solicitar en el formato nombrado Pruebas de Banco de Sangre, lo necesario para realizar la productividad mensual correspondiente a cada Banco de Sangre, verificará que los insumos correspondan a lo solicitado en el contrato, como son: marca, presentación, fecha de caducidad, lote y nombre del proveedor.

A fin de garantizar lo anterior, el proveedor deberá identificar de manera clara y visible el contenido de los mismos.

Cuando en la recepción de los insumos, se detecte que no cumplen con las características solicitadas, éstos serán motivo de devolución para canje; en cuyo caso, el proveedor deberá realizar la reposición de los mismos, dentro de las 24 horas, contadas a partir de la fecha de notificación por parte de los Bancos de Sangre sobre las deficiencias detectadas en los insumos, situación que deberá ser notificada a la Dirección General de Administración, con copia a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y a la Dirección de Medicamentos Insumos y Tecnología, quedando el proveedor obligado a resolver la demanda de las Pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional e independientemente de las penas convencionales que en su caso resulten.

Los envases primarios y secundarios serán los que determine el proveedor, en la inteligencia que deberán garantizar que los insumos se conserven en condiciones óptimas de empaque y embalaje durante el transporte y almacenaje, y que la calidad de los insumos se mantenga durante el periodo de vida útil, y de acuerdo a la Ley General de Salud y a la normatividad aplicable.

El jefe o encargado del servicio verificará que los equipos para el Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional y sistema informático correspondan a los requerimientos técnicos establecidos en el contrato.

8.- CONDICIONES DE ENTREGA

La instalación y puesta en funcionamiento de los equipos y sistemas informáticos de los mismos no deberá ser mayor a 30 días naturales respectivamente a partir de la firma del contrato, para lo cual el proveedor deberá presentar el programa de trabajo correspondiente.

El proveedor se compromete a que para la primera entrega suministrará los insumos necesarios en cantidad doble de la cantidad mensual según se establece en las Cédulas de las Especificaciones Técnicas de cada prueba.

En las subsecuentes entregas, el proveedor suministrará los insumos que en forma previa y de conformidad con el Jefe o encargado del Banco de sangre **Anexo 5**, se determinen que son necesarios para mantener la productividad de los Banco de sangre, vigilando no rebasar el máximo de Pruebas contratadas.

En caso de requerirse una cantidad superior de pruebas al máximo contratado, se deberá contar con la autorización por escrito de la Dirección General de Administración y con la autorización de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

El conteo de las pruebas se efectuará el día último de cada mes antes de iniciar la jornada matutina (considerando que el periodo de conteo de Pruebas es del día 01 al día último del mes) asentándose dicha información en el formato denominado "Conteo de Pruebas", indicado en el **Anexo 4**. Dicho documento deberá ser firmado por los Servidores Públicos de la Unidad Médica, conforme al catalogo de firmas autorizadas que se le entregará al proveedor al momento del contrato, así como la firma del proveedor.

Con el objeto de estar en condiciones de hacer efectivo el pago al proveedor, el formato "conteo de pruebas" **Anexo 4**, deberá ser requisitado y anexado a la factura correspondiente. Se emitirá un original que deberá anexarse a la factura. La primera copia será para la administración de la unidad hospitalaria; la segunda copia para los servicios de Banco de sangre; la tercera copia para la Unidad Departamental de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y la cuarta copia para el proveedor. Es indispensable que se emita un sólo original con firmas autógrafas y que las copias señalen claramente en el encabezado la palabra



"COPIA".

Una vez firmado el formato de "Coteo de Pruebas" Anexo 4, la factura no requiere ser firmada, por lo que, la Dirección General de Administración procederá a su pago, quedando bajo la estricta responsabilidad de los Servidores Públicos de cada Unidad Médica de la Red de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, los pagos que se realicen en exceso o las penas convencionales que no puedan ser determinadas.

9.- LUGAR DE ENTREGA

Las direcciones de los lugares (destino final) para la entrega de los equipos para procesar Pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional, sistema informático e insumos se indican en el Anexo 6.

La entrega de los equipos para procesar Pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional y, sistema informático e insumos será en días hábiles de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 horas, en los Servicios de Banco de Sangre y Medicina Transfusional de las Unidades Médicas de la Red relacionadas en el Anexo 6, debiendo firmar el responsable del Servicio y el Administrador la remisión y la carta custodia correspondiente.

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México otorgará al proveedor el Anexo 1, el consumo promedio estimado mensual por Banco de Sangre para la distribución de insumos. En el entendido de que su distribución puede variar conforme a las necesidades de cada Banco de Sangre de la Red, siempre y cuando no se rebase el número total general de Pruebas contratadas.

10.- CERTIFICACION DEL SERVICIO.

El proveedor deberá presentar la siguiente documentación:

1. Certificación ISO 9001: 2008 en prestación de Servicios Integrales o de los procesos que lo conforman. Para el efecto deberá presentar para cotejo, copia fotostática y original del certificado.
2. Presentar carta bajo protesta de decir verdad que los bienes, la instalación y puesta en operación e inicio de la prestación del Servicio Integral, deberán cumplir con las Normas Oficiales Mexicanas, y las Normas Internacionales del tipo ISO 9001:2008, todas ellas aplicables para la prestación del Servicio Integral de Banco de Sangre.
3. Presentar carta bajo protesta de decir verdad de no haber tenido o generado en los últimos cinco años; Avisos, timbrado o notificaciones de COFEPRIS a los Bancos de Sangre de las Unidades Médicas, por no haber cumplido con los lineamientos, normatividad y legalidad que se aplica, de las marcas o equipamiento que ofrece el proveedor.
4. Carta compromiso, de que en caso de presentarse y requerir de adecuaciones físicas, se realizarán sin cargo a esta institución.
5. Carta compromiso de que hará el registro y actualización de la Capacitación al personal que indique la , para diplomados ante un Organismo Internacional. Presentar carta de acreditamiento por un Organismo Internacional para cumplir con este requisito.
6. Carta de Organismo Internacional de Certificación, que indique que la empresa o prestador de servicio, cuenta con la experiencia para apoyar y coadyuvar a las Unidades Médicas que cuentan con el Servicio de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional, para que se cumpla con el Sistema de Gestión de Calidad de conformidad con la norma NMX-CC-9001-IMNC-2008/SO9001:2008.
7. Carta de la empresa que realice la Supervisión y pre-auditaria de todos los procesos contemplados en la norma NMX-CC-9001-IMNC-2008/SO9001:2008, con asistencia de personal ajeno a esta institución para cumplir con carpetas y documentales de la; operación, integración, diagnóstico y resultado, de cada área del Servicio de Banco de Sangre y Medicina Transfusional, en cada Unidad Médica, con objeto de cumplir justo y cabal con todos y cada uno de los requisitos solicitados por la empresa que realizará la Certificación.
8. Presentar los Reportes que emite el Sistema de Administración de Bancos de Sangre, así como el reporte vía internet correspondiente a disposición de inventarios para la red hospitalaria, también deberá de presentar un reporte del comportamiento de gastos por mes y acumulado (Tablero de Control), donde se pueda observar los datos financieros de cada Banco de Sangre, con objeto de cumplir con los lineamientos de Control Financiero del Presupuesto Autorizado.
9. Presentar carta de Institución del sector salud, en el cual manifieste bajo protesta de decir verdad, que la empresa o prestador de servicio, ha participado, apoyado y coadyuvado para la Certificación de Servicios de Banco de Sangre, señalando dirección, teléfono, nombre de la persona que emite este documento, correo electrónico.
10. Del punto anterior, presentar copias fotostáticas de los certificados ISO 9001 Bancos de Sangre o Servicios de Transfusión, que participó, así mismo, presentar carta emitida bajo protesta de decir verdad y autorizada por la dependencia o Institución que avale estos documentos, dirigido a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, señalando dirección, teléfono, nombre de la persona que emite este documento, correo electrónico.
11. Por lo que corresponde a la integración al Expediente Electrónico, se requiere presentar reporte de Institución de Salud que el propuesto por el proveedor funciona correctamente, así mismo cada reporte deberá estar firmado y avalado por el Servicio de Banco de Sangre y Medicina

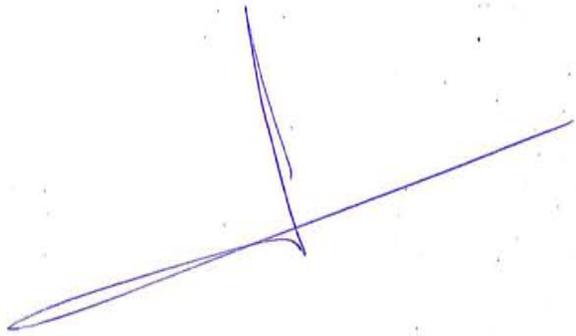


Transfusional según sea el caso, debiendo de cumplir con la normatividad y estándares de esta institución.

12. Organización, Financiamiento y coordinación con esta dependencia, referente al Congreso Internacional.
13. Asistencia un Congreso, a fin de cumplir con calidad y mejora continúa.

6
A

ANEXO 3
(DESCRIPCIÓN DEL
PROGRAMA
INFORMÁTICO SCABS)





ANEXO 3

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS.

1. Condiciones Generales.

- 1.1. **Descripción.** En este anexo se considera el Sistema de Control y Administración de Banco de Sangre (SCABS), dependiendo a la partida en la que participe, deberán sujetarse a las especificaciones respectivas.
- 1.2. **Experiencia.** El participante deberá mostrar fehacientemente su experiencia en la implementación de este tipo de sistemas para Bancos de Sangre, así como la realización de interfases de su sistema con los instrumentos de las diferentes casas comerciales.
- 1.3. **Soporte Técnico.** Deberá probar que cuenta con una estructura de servicio con el personal técnico suficiente para cubrir oportunamente cualquier requerimiento de servicio al momento en que se solicite.
- 1.4. **Clientes.** Deberá presentar una lista de sus principales clientes en México que manejen su sistema en todo el Banco de Sangre, desde la recepción hasta la organización de todas las secciones con los siguientes datos:
 - 1.4.1. Nombre de la institución o Banco.
 - 1.4.2. Responsable del Banco de Sangre.
 - 1.4.3. Domicilio y Teléfono.
- 1.5. **Recomendaciones.** Deberán presentar dos cartas de recomendación de sus clientes en México, en las cartas deberán hacer referencia al buen funcionamiento del sistema y al buen soporte técnico recibido, la carta debe presentarse en hoja membretada del cliente y firmada por el responsable del Banco. Será motivo de descalificación el no presentar dichas cartas. "La Secretaría de Salud de la Ciudad de México" se reserva el derecho de verificar estos datos para corroborar la información, en caso de que resultaran falsas se procederá a las sanciones administrativas conforme a la ley de adquisiciones.
- 1.6. **Idioma.** El sistema deberá estar en idioma español así como los manuales de operación.
- 1.7. **Manuales.** Los manuales de operación deberán entregarse en medio magnético.
- 1.8. **Ayudas.** Los sistemas deben de contar con ayuda en pantalla en los diferentes procesos.
- 1.9. **Arquitectura.** Deberá estar diseñado en la arquitectura tipo cliente-Servidor con interface grafica.
- 1.10. **Sistema Operativo.** Preferentemente Windows XP, Windows 2003 o posterior, deberá proporcionar todas las licencias de uso respectivas para servidores y/o estaciones de trabajo.
- 1.11. **Tipo de Bases de Datos.** Deberá usar bases de datos relacionales tipo SQL de preferencia basadas en el manejador de bases de datos relacional utilizar un manejador en caso de bases propietario (Oracle, Informix, Microsoft SQL, etc.), deberá proporcionar todas las licencias de uso respectivas para servidores y/o estaciones de trabajo.
- 1.12. **Tipo de Resultados.** Deberá manejar datos multimedia, es decir, los datos deberán ser numéricos, texto, imágenes o sonidos según sea el caso.
- 1.13. **Tipo de Red.** Topología WAN Ethernet y Protocolo TCP/IP, con velocidad mínima de 100 Mbps
- 1.14. **Auditable.** Deberá contar con la capacidad ser auditado, rastreando los procesos con una bitácora de fecha, hora y operador de cada alta, modificación, o cancelación de pacientes, y de estudios.
- 1.15. **Reimpresión.** Contar con esta posibilidad en cualquiera de los reportes que emita el sistema.
- 1.16. **Instalación.** El proveedor, contara con un plazo máximo de 60 días posteriores al fin de la puesta en marcha de los equipos de Banco de Sangre para la instalación, capacitación y operación del sistema de control y administración respectivo.
- 1.17. **Especificaciones del equipo de cómputo.** Las especificaciones técnicas del equipo deberán ser las idóneas para permitir un flujo adecuado y ágil en el intercambio, distribución, almacenamiento y manejo de la información entre sus diferentes módulos o componentes del sistema propuesto, por lo que el proveedor deberá proporcionar la infraestructura de cómputo y red local acorde a



- su sistema. Si durante la vigencia del contrato se presentan problemas o lentitud en el desarrollo operativo de los procesos informáticos, deberá efectuar la adecuación o actualización del equipo por otros de mayor capacidad y velocidad; así como la parte pactada con el administrador del servidor central por reparaciones o daños al mismo.
- 1.18. **Respaldo.** Cada equipo instalado deberá considerar de acuerdo a las necesidades de su sistema las protecciones de energía eléctrica (reguladores, no-brake, etc), de respaldos (unidades de cinta, Zip, CD, etc.) necesarios para su operación, quedara bajo responsabilidad del proveedor el perjuicio al sistema por falta de algunos de estos elementos unos o otros no indicados para su protección o su correcta operación. Para los mecanismos de respaldo deberá contar con operaciones automatizadas de copias de seguridad, tanto de información de pacientes como de la configuración del sistema, así como la opción de recuperación total o parcial de la información respaldada.
- 1.19. **Seguridad.** Definición de niveles de acceso por usuario, solo usuarios autorizados podrán tener acceso a ciertas partes del sistema, además de contar con contraseña. Debe contar con la capacidad para auditar la operación de un usuario durante un periodo determinado; de igual forma se debe garantizar la integridad y confidencialidad de la información en la transmisión de la misma.
- 1.20. **Exportación.** Deberá contar con una opción para poder aportar la base de datos a otros sistemas, así como generación de datos estadísticos en formatos: xls, txt, etc.
- 1.21. **Migración.** Al finalizar el contrato, deberá proporcionar todas las facilidades de migración del sistema al próximo que se contrate, una vez concluida esta operación, se deberán vaciar los equipos de cómputo antes de ser retirados de "La Secretaría de Salud de la Ciudad de México".
- 1.22. **Derechos de autor.** Deberán proporcionar todos los elementos legales para el uso del sistema es decir, no se permitirá la operación del sistema o de alguno de sus componentes que no cuente con las licencias de uso respectivas en cada equipo de cómputo.
2. **Características Generales.**
- 2.1. El proveedor será el que proporcione el SCABS compatible con el sistema de laboratorio SCAL, o en su defecto bases de datos en SQL server 2000, posterior o compatible, así como el enlace de los equipos a través de sus interfases.
- 2.2. Solo existirá un SCABS por lo que los participantes de las áreas del Banco de Sangre deberán proporcionar lo necesario para que el SCABS pueda integrarse con las interfases de sus equipos.
3. **Características Particulares.**
- 3.1. **Archivo de Donadores.** El sistema debe permitir crear y mantener un archivo de donadores en el cual para cada donador se maneja la admisión única con la siguiente información:
- 3.1.1. Numero de código del donador (uno de por vida)
 - 3.1.2. Nombre y apellidos.
 - 3.1.3. Sexo.
 - 3.1.4. Fecha de nacimiento y edad.
 - 3.1.5. Lugar de nacimiento.
 - 3.1.6. Registro con tecnología de seguridad con Huella Digital y Fotografía.
 - 3.1.7. Conyugue.
 - 3.1.8. Procedencia.
 - 3.1.9. Numero de afiliación.
 - 3.1.10. Tipo de donador.
 - 3.1.11. Estado del donador (Activo, Suspendido) con alarmas graficas para identificar fácilmente el estado.
 - 3.1.12. Documento de registro externo.
 - 3.1.13. Nombre de la empresa, ciudad y código postal.
 - 3.1.14. Dirección del donador, ciudad y código postal.



- 3.1.15. Dirección particular.
 - 3.1.16. Teléfonos.
 - 3.1.17. Estado civil, profesión y nivel de estudios.
 - 3.1.18. Club y tipo de donadores al que pertenece.
 - 3.1.19. Tipo de llamada para participación en donaciones.
 - 3.1.20. Código de convocación o citas para donación (que indica que en caso de emergencia puede ser convocado para donar)
 - 3.1.21. Automatización de premios y reconocimientos.
 - 3.1.22. Consulta de fecha de la primera y última donación.
 - 3.1.23. Rechazo automático del donador cuando no cumpla con: la frecuencia para donar, la edad mínima y máxima o se encuentra suspendido por motivos técnicos y/o sanitarios.
 - 3.1.24. Fechas de inicio y fin de la suspensión temporal.
 - 3.1.25. Selección del motivo de la suspensión.
 - 3.1.26. Asignación automática del número de toma, fecha y hora.
 - 3.1.27. Impresión automática de etiquetas de identificación para tubo primario.
 - 3.1.28. Registro automático de los exámenes dependiendo del tipo de visita.
 - 3.1.29. Registro del centro de toma, permitir la recepción de los datos por medio de medio magnético.
 - 3.1.30. Con registro de fecha, hora, usuario y proceso que realiza, que se pueda visualizar en la misma pantalla del donador y/o del proceso.
 - 3.1.31. Interrogatorio que permita configurar las preguntas.
- 3.2. **Historia Clínica.** La historia clínica complementa la información contenida en el archivo de donadores con los datos clínicos de los mismos, proporcionando:
- 3.2.1. Capacidad para registro de la entrevista médica en el sistema.
 - 3.2.2. Flexibilidad para la consulta y registro de la historia clínica del donador.
 - 3.2.3. Impresión de la historia clínica.
- 3.3. **Automatización y Operación.**
- 3.3.1. Programación en línea de los instrumentos analizadores.
 - 3.3.2. Recepción de resultados de las pruebas del donador en forma automática a través de interface en línea con los analizadores.
 - 3.3.3. Para los instrumentos conectados, deberá poder manejar además de la programación del instrumento y adquisición de datos, realizar el manejo del trabajo del instrumento mediante:
 - 3.3.3.1. Carga del instrumento secuencial o random (aleatoria).
 - 3.3.3.2. Manejo de códigos de error del instrumento.
 - 3.3.3.3. Validación de resultados.
 - 3.3.3.4. Monodireccional o Bidireccional dependiendo del instrumento.
 - 3.3.3.5. Carga del instrumento en forma "random" (aleatoria) con código de barras.
 - 3.3.3.6. Carga del instrumento en forma guiada.
 - 3.3.3.7. Identificación del Grupo y Rh tanto directa como inversa.
 - 3.3.3.8. Posibilidad de imprimir el reporte de resultados que contenga todos los resultados del donador así como su historia clínica.
 - 3.3.4. Permita la automatización de equipos con interfases para:
 - 3.3.4.1. Marcadores serológicos.
 - 3.3.4.2. Equipos de hematología.



- 3.3.4.3. Equipos automatizados de inmunohematología.
- 3.3.4.4. Todos los equipos automatizados y semiautomatizado que lo requieran.

3.4. Admisión.

- 3.4.1. Tener capacidad para manejar:
 - 3.4.1.1. Pre-donantes con sus datos específicos.
 - 3.4.1.2. Donadores en sus diferentes tipos.
 - 3.4.1.3. Administración de unidades externas.
 - 3.4.1.4. Receptores.
 - 3.4.1.5. Fracciones (pediátricas).
 - 3.4.1.6. Pacientes internos (serología).
- 3.4.2. Autoexclusión.
 - 3.4.2.1. Debe permitir registrar una visita de donación para los donadores valorados como aptos para realizarlo.
 - 3.4.2.2. Asignación automática del número de unidad.
 - 3.4.2.3. Registro automático de las pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional (Configurable para cada tipo de visita)
 - 3.4.2.4. Impresión automática del modulo de donación y serie de etiquetas de identificación, así como formato de autoexclusión (Configurable para cada tipo de donación).

3.5. Unidades.

- 3.5.1. Deberá permitir el manejo de las unidades registradas por:
 - 3.5.1.1. Numero de unidades.
 - 3.5.1.2. Hemocomponentes.
 - 3.5.1.3. Fechas de toma.
 - 3.5.1.4. Centros de toma.
 - 3.5.1.5. Stock.
 - 3.5.1.6. Grupo de Rh.
 - 3.5.1.7. Anticoagulante.
 - 3.5.1.8. Fecha de caducidad.
- 3.5.2. Deberá informar la situación de las unidades contemplando:
 - 3.5.2.1. Validación.
 - 3.5.2.2. Estado.
 - 3.5.2.3. Causa de destrucción.
 - 3.5.2.4. Fecha y hora y usuario que realizo el proceso.
- 3.5.3. Deberá manejar los procesos para las unidades tales como fraccionamiento, filtración, lavado, pool, irradiación, etc.
- 3.5.4. Para cada unidad deberá permitir la consulta de los datos del donador y los resultados de sus exámenes.
- 3.5.5. Deberá permitir cada unidad el manejo de datos del receptor, así como Grupo, Compatibilidad, presencia de anticuerpos y resultado de pruebas cruzadas.
- 3.5.6. Descripción de los movimientos realizados con las unidades, como solicitud de unidades, transporte y otras operaciones.
- 3.5.7. Permitirá el manejo de anulación de envío de unidades con el motivo de anulación.
- 3.5.8. Deberá manejar los diversos procesos por los que pueden pesar los hemocomponentes, con el registro automático de la fecha del proceso y caducidad del mismo.
- 3.5.9. Capacidad de determinar en forma automática que las unidades estén aptas para ser transfundidas o egresadas de acuerdo a los parámetros configurados, también detener el egreso y transfusión cuando la unidad no esté apta. Permitir el registro de



- destrucción de unidades manual o automática, que genere un log de las transfusiones realizadas, la impresión de etiquetas para las bolsas de las unidades que ha sido validadas, la destrucción automática de las unidades no validadas por motivos sanitarios.
- 3.5.10. Despacho de unidades a otros centros, con el respectivo registro de fecha, hora, destino, hemocomponentes, especificaciones de transporte. Permitiendo la lectura por código de barras de las unidades a ceder.
- 3.5.11. Manejo de descarte de unidades leídas mediante código de barras y con el campo para indicar la causa de descarte así como el registro de la fecha, hora y usuario del proceso en automático.
- 3.5.12. Verificación del vencimiento de las unidades.
- 3.5.13. Verificación de la situación de inventario de los hemocomponentes, con la facilidad de impresión y exportación de archivos, permitiendo además el uso de filtros para obtener datos específicos.
- 3.5.14. Deberá contar con la opción de búsqueda e impresión del archivo de unidades por:
- 3.5.14.1. Unidad.
 - 3.5.14.2. Grupo y Rh
 - 3.5.14.3. Fenotipo.
 - 3.5.14.4. Estado.
 - 3.5.14.5. Hemocomponente.
 - 3.5.14.6. Origen.
 - 3.5.14.7. Procedencia.
 - 3.5.14.8. Destino.
 - 3.5.14.9. Fecha de toma.
 - 3.5.14.10. Fecha de cargo.
 - 3.5.14.11. Fecha de asignación.
 - 3.5.14.12. Fecha de caducidad.
- 3.5.15. Deberá permitir la reservación de unidades para la transfusión a receptores.
- 3.5.16. Deberá permitir el registro e impresión de cargo y descargo de unidades con la información según lo requiera la norma oficial mexicana.
- 3.6. **Receptores.** El archivo de pacientes receptores deberá contener los siguientes datos:
- 3.6.1. Código de receptor.
 - 3.6.2. Nombre y apellidos.
 - 3.6.3. Sexo.
 - 3.6.4. Fecha de nacimiento.
 - 3.6.5. Numero de afiliación.
 - 3.6.6. Departamento.
 - 3.6.7. Tipo de paciente.
 - 3.6.8. Datos de la empresa.
 - 3.6.9. Dirección del paciente.
 - 3.6.10. Teléfonos.
 - 3.6.11. Estado civil.
 - 3.6.12. Profesión.
 - 3.6.13. Nivel de estudios.
 - 3.6.14. Grupo y Rh
 - 3.6.15. Fenotipo.
 - 3.6.16. Anticuerpos.



- 3.6.17. Seguimiento.
- 3.6.18. Registro del tipo de eventos como transfusiones, reservaciones, etc.
- 3.6.19. Datos de auto donación.
- 3.6.20. Datos de donadores para el receptor en específico.
- 3.6.21. Reservación de unidades.
- 3.6.22. Reacciones post transfusionales.

- 3.7. **Configuración.** Capacidad para configurar parámetros de control del sistema como:
 - 3.7.1. Configuración de tablas como departamentos, destinos, centros de toma, grupos, anticuerpos, profesiones, etc.
 - 3.7.1.1. Tablas de donadores:
 - 3.7.1.2. Visitas a donaciones.
 - 3.7.1.3. Frecuencia de donaciones.
 - 3.7.1.4. Parámetros de admisión.
 - 3.7.1.5. Suspensiones.
 - 3.7.1.6. Tipo de convocatorias.
 - 3.7.1.7. Estado de los donadores.
 - 3.7.1.8. Resumen diario.
 - 3.7.2. Tablas de unidades que permitan configurar lo siguiente:
 - 3.7.2.1. Hemocomponentes.
 - 3.7.2.2. Anticoagulantes.
 - 3.7.2.3. Procesos.
 - 3.7.2.4. Compatibilidad de fraccionamiento.
 - 3.7.2.5. Parámetros de validación.
 - 3.7.2.6. Reglas de compatibilidad de asignación.
 - 3.7.2.7. Parámetros de exámenes de compatibilidad.
 - 3.7.2.8. Tipos de cesión.
 - 3.7.2.9. Tipos de transportes.
 - 3.7.2.10. Destrucciones.
 - 3.7.2.11. Procedencias.
 - 3.7.2.12. Destinos.
 - 3.7.2.13. Validez.
 - 3.7.2.14. Origen.
 - 3.7.2.15. Cantidad.
 - 3.7.2.16. Tipos de bolsas.
 - 3.7.3. Tabla de receptores.
 - 3.7.3.1. Eventos.
 - 3.7.3.2. Diagnósticos.
 - 3.7.3.3. Intervenciones.
 - 3.7.3.4. Terapias.
 - 3.7.3.5. Indicaciones transfusionales.
 - 3.7.3.6. Reacciones de transfusión.



- 3.7.4. Capacidad de centralizar la información del stock de hemocomponentes disponibles en los bancos de sangre en una base de datos, centralizar en dicha base la información necesaria para emitir los datos que permitan generar el informe de la secretaría de salud y también la posibilidad de generar solicitudes de hemocomponentes entre los bancos de acuerdo al stock disponible.
- 3.8. Generación de etiquetas.
- 3.8.1. Uso de códigos de barras en:
- 3.8.1.1. Tubo de muestras.
 - 3.8.1.2. Historias clínicas.
 - 3.8.1.3. Unidades de sangre.
 - 3.8.1.4. Componentes sanguíneos según requerimientos del banco de sangre.
 - 3.8.1.5. Fracciones (pediátricas).
- 3.8.2. Características de las etiquetas de códigos de barras:
- 3.8.2.1. De termo-impresión.
 - 3.8.2.2. Adhesivo resistente a bajas temperaturas (menos 70°C) para evitar desprendimiento.
- 3.8.3. Generación de etiqueta durante distintos momentos de la carga de datos:
- 3.8.3.1. Pre-admisión.
 - 3.8.3.2. Admisión.
 - 3.8.3.3. Fraccionamiento.
- 3.8.4. Deberán proporcionar los lectores de códigos de barras y los insumos para su operación.
- 3.9. Consulta e impresión de reportes general e individual.
- 3.9.1. Módulo de reportes que permita al usuario la creación de los mismos según el criterio y necesidad de información requerida.
 - 3.9.2. Transfusiones.
 - 3.9.3. Certificados configurables por el usuario, ejemplo certificado de donación.
 - 3.9.4. Donadores.
 - 3.9.5. Resumen diario con la facilidad de selección por número de unidades, tipo de visita, tipo de evento, centro de toma, departamento, etc.
 - 3.9.6. Estadísticas de cargos, descargos y procesos, con la opción de impresión e exportación de archivos en formato ASCII y Excel, por:
 - 3.9.6.1. Día actual.
 - 3.9.6.2. Semana actual.
 - 3.9.6.3. Mes actual.
 - 3.9.6.4. Trimestre actual.
 - 3.9.6.5. Año actual.
 - 3.9.6.6. Semana anterior.
 - 3.9.6.7. Mes anterior.
 - 3.9.6.8. Trimestre anterior.
 - 3.9.6.9. Año anterior.
 - 3.9.6.10. Por bloque de fechas.
 - 3.9.6.11. Por categorías de unidades.
 - 3.9.7. Donaciones por paciente.
 - 3.9.8. Serología pendiente.
 - 3.9.9. Stock de componentes.
 - 3.9.10. Descarte de unidades.
 - 3.9.11. Rechazos por motivo.



- 3.9.12. Productos transfundidos.
- 3.9.13. Planilla de intercambios.
- 3.9.14. Unidades por hospital.
- 3.9.15. Datos estadísticos.
- 3.9.16. La totalidad de individuos que acuden al banco de sangre.
- 3.9.17. Resultados del donador.
- 3.9.18. Comprobante del donador.
- 3.9.19. Pase al comedor.
- 3.9.20. Información necesaria para que sea posible efectuar análisis estadísticos de los datos clínicos contenidos en los archivos, de manera singular o combinándolos, apegados también a las necesidades del centro nacional de la transfusión sanguínea (CNTS).

3.10. Almacén de reactivos.

3.10.1. Control.

- 3.10.1.1. Captura de datos generales de los proveedores (nombre, dirección y teléfono).
- 3.10.1.2. Captura de los datos generales de los insumos y reactivo (nombre, familia, unidad de medida, stock mínimo, stock máximo, número de lote, fecha de caducidad y proveedor).
- 3.10.1.3. Registro por código de barras y manual, las entradas y salidas por fecha, tipo de reactivo, marca, número de lote, fecha de caducidad y sección a la que se entrega para su utilización.
- 3.10.1.4. Registro de traspasos entre almacenes de insumos y reactivos.
- 3.10.1.5. Control de existencias de insumos y reactivo por área de trabajo.
- 3.10.1.6. Inicialización de existencias de insumos y reactivos.
- 3.10.1.7. Capacidad de crecimiento y adaptación del sistema a las necesidades propias de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México en manejo estadístico y de reportes.

3.10.2. Listados y Estadísticas de:

- 3.10.2.1. Movimientos al almacén.
- 3.10.2.2. Punto de re orden.
- 3.10.2.3. Faltantes.
- 3.10.2.4. Sobrantes.
- 3.10.2.5. Consolidación.
- 3.10.2.6. Próximas caducidades.
- 3.10.2.7. Material caduco.

3.11. Control de calidad: Para el manejo de control de calidad deberá contar con las siguientes características:

- 3.11.1. Información grafica con posibilidad de impresión de las graficas de Levey Jennings.
- 3.11.2. Hoja de control de cada uno de los exámenes que reporta (según la regla de la Levey Jennings), las medidas diarias por día, semana, mes o año.
- 3.11.3. Resumen de todos los datos de cada control que reporta la media, la desviación estándar y el coeficiente de variación de todos los datos en memoria y con la información del ultimo control adquirido, con posibilidad de elección del usuario de datos aberrantes y periodos.

3.12. Distribución.

- 3.12.1. **Equipo.** El proveedor proporcionara la infraestructura de cómputo por partida de acuerdo a las siguientes especificaciones.
- 3.12.2. **Infraestructura general.**



- 3.12.2.1. Servicios de red e internet para las estaciones de trabajo, incluyendo todo lo que requiera (cableado, switch, hub, conexión a internet etc.), para la operación de la Red de Banco de Sangre.
- 3.12.2.2. Licencias para sistemas operativos, bases de datos, programas o sistemas que se requieran para la operación del SCABS, para el servidor y las estaciones de trabajo, por esto se entiende como el permiso para utilizar uno o varios sistemas o conjunto de programas para el manejo de pruebas de un paciente y poder emitir un reporte único, así como el almacenamiento y procesamiento de las mismas.
- 3.12.2.3. Infraestructura de impresión para código de barras, reportes, hojas de control, etc. Relacionados con el SCABS para su completa operación en los equipos donde se requiera.
- 3.12.3. **Serología:** Una estación de trabajo con interfase del instrumento y acceso a impresión.
- 3.12.4. **Compatibilidad (Inmunohematología).** Una estación de trabajo con interfase, lector de códigos de barras.
- 3.12.5. **Hematología:** Una estación de trabajo con interfase en línea del instrumento, lector de códigos de barras y acceso a impresión.
- 3.12.6. **Recepción:** Una estación de trabajo con impresora de código de barras para tubo y para etiqueta de 10cmX10cm para bolsa, lector de códigos de barras y acceso a impresión.
- 3.12.7. **Jefatura.** estación de trabajo e impresora láser.
- 3.12.8. **Fraccionamiento:** Una estación de trabajo con interfase e impresora de código de barras y acceso a impresión.
- 3.12.9. **Consultorio:** Una estación de trabajo por cada consultorio y acceso a impresión, excepto, Enrique Cabrera, B. Domínguez, Tlahuac, (próxima apertura), con una sola estación. Todos los sistemas deberán tener licencia de uso del SCABS.

4. **Consumibles.**

El proveedor deberá contemplar la dotación de consumibles y accesorios, como cintas o cartuchos de respaldo, papel, etiquetas para rotular los tubos primarios, etiquetas de 10cmX10cm para bolsa, tóner o lo requerido para el trabajo de impresión de cualquiera de los reportes que genere el SCABS; las etiquetas deberán resistir la velocidades de centrifugación utilizadas en los bancos y de almacenamiento en refrigeración sin menos cabo para su capacidad de lectura en los lectores de los equipos interfaseados.

5. **Bancos de Sangre donde se instalara el SCABS.**

- 5.1. Hospital General Baibueha.
- 5.2. Hospital General Iztapalapa
- 5.3. Hospital General Rubén Leñero.
- 5.4. Hospital General Xoco.
- Centros de recolección**
- 5.5. Hospital General Ticomán.
- 5.6. Hospital General Villa.
- Servicio de Transfusiones.**
- 5.7. Hospital General Dr. Enrique Cabrera.
- 5.8. Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.
- 5.9. Hospital General Tlahuac.
- 5.10. Hospital General Ajusco Medio.

ANEXO 4

**(CONTEO DE PRUEBAS)
Y (CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL
DE REGIONALIZACIÓN
DE BANCO DE SANGRE
Y MEDICINA
TRANSFUSIONAL CON
CARGO AL PROVEEDOR)**



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No. DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

VIRUS DE LA INMUNODEFIENCIA HUMANA

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ANTICUERPOS CONTRA VIRUS DE LA HEPATITIS B

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA NO TREPONÉMICA (PRUEBA RÁPIDA DE REAGINAS)

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO. DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DE TRIPANOSOMIAS
AMERICANA (CHAGAS)

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA DETERMINACION DE BRUCELLA

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

BIOMETRIA HEMATICA

No. CONS. CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

EQUIPO DE PLAQUETOFERESIS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS, ERITROAFERESIS, LEUCOAFERESIS,
CPH.

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO. PLASMAFERESIS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

BOLSA CUADRUPLE PARA SANGRADO DE DONADORES

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

BOLSA TRIPLE PARA SANGRADO DE DONADORES

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

BOLSA DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL DE 150 ML.

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

BOLSA DE TRANSFERENCIA MULTIPLE ESTERIL CON SISTEMA DE UNION (CONECTORES ESTERILES).

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

FILTRO PARA LEUCORREDUCCION NO MULTICAPA DE POLIESTER

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

GRUPO SANGUÍNEO DIRECTO INVERSO

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA CRUZADA

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado de laboratorio clínico.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MÉDICA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado de laboratorio clínico.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



**CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA

No. CONS. CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración,		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA CONFIRMATORIA DE VIH

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA CONFIRMATORIA DE HCV (HEPATITIS C)

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA CONFIRMATORIA DE ANTIGENOS HB POR NEUTRALIZACIÓN

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



**CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ESTUDIOS DE AGREGONOMETRIA AUTOMATIZADA (CONTROL DE CALIDAD)

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

CITOMETRIA DE FLUJO CD34

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ESTUDIOS DE COAGULACIÓN (FACTOR VIII)

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA: 4

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA CONFIRMATORIA DE SIFILIS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E)	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA INMUNOHEMATOLOGIA

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio.		
*Encargado de la Administración.		
*Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



CONTEO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA SEROLOGÍA INFECCIOSA

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

CONCEPTO	NÚMERO
A) CONTADOR INICIAL DEL PERIODO	
B) CONTADOR FINAL DEL PERIODO	
C) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS (B-A)	
D) CONTROLES, CALIBRADORES Y BLANCOS	
E) PRUEBAS PROCESADAS DE APOYO A OTRA UNIDAD MÉDICA CON CARGO AL PROVEEDOR.	
F) NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS EFECTIVAS PARA PAGO (C-(D + E))	

OBSERVACIONES: * En la fecha de validación, en caso de no encontrarse el Encargado de la Administración, Director/Subdirector Médico, se aceptara la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio		
* Encargado de la Administración.		
* Director/Subdirector Médico de la Unidad Médica.		
Proveedor.		



INSTRUCTIVO CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL.

Formato: Conteo de pruebas del servicio integral de Banco de Sangre y Medicina Trasnfusional.

Instructivo

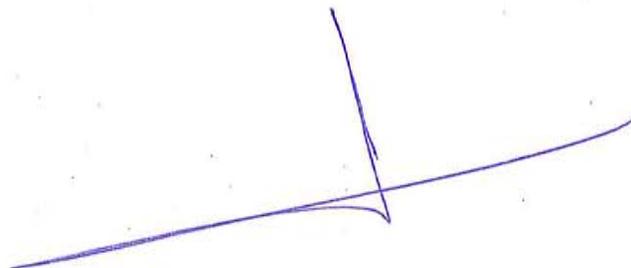
Dice	No.	Debe Anotarse
Unidad Médica	1	Nombre completo de la Unidad Médica a la que se encuentra adscrito el Servicio de Banco de sangre.
No de Contrato	2	Número de contrato asignado al proveedor por la Dirección General de Administración para la Adquisición Servicio de Banco de Sangre y Medicina Transfusional con Suministro de Equipo y Sistema Informático.
Proveedor	3	Nombre completo del proveedor que suministrará el reactivo para procesar pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional.
Equipo	4	Marca del equipo propuesto por el proveedor ganador para procesar muestras de Banco de Sangre.
Partida	5	Nombre de la partida a la que corresponde la prueba del Servicio Integra de Banco de Sangre y Medicina Transfusional.
Número consecutivo. del conteo	6	Número consecutivo del conteo correspondiente a la prueba del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional.
Fecha de elaboración	7	Fecha de elaboración del formato denominado conteo de pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional.
Periodo del conteo	8	Indicar con dos dígitos el día, mes y año en que inicia y termina el periodo del conteo
Contador inicial del periodo	9	Número que tiene el contador del equipo al iniciar el periodo del conteo de pruebas
Contador final del periodo	10	Número que tiene el contador del equipo al finalizar el periodo del conteo de pruebas
Número total de pruebas	11	Diferencia entre el contador final e inicial del periodo de conteo de pruebas
Controles, calibradores y blancos.	12	Total de controles, calibradores y blancos realizados durante el periodo de conteo.
Pruebas procesadas de apoyo a otra unidad médica con cargo al	13	Total de pruebas (muestras, diluciones, controles, calibradores y blancos)



proveedor.		realizados durante el periodo de conteo
Número total de pruebas efectivas para pago	14	Número total de pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional. restando controles, calibradores, blancos y pruebas procesadas de apoyo a otra unidad médica con cargo al proveedor (si aplica) realizados durante el periodo de conteo
Observaciones	15	En caso de ser necesario se anotará brevemente las aclaraciones pertinentes, respecto al conteo de pruebas efectivas por parte del responsable de laboratorio o proveedor.
Nombre	16	Nombre completo de las personas que aparecen en la columna de cargo y validan el conteo de pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional.
Firma	17	Firma de las personas que aparecen en la columna de cargo y validan el conteo de pruebas del Servicio Integral de Banco de Sangre y Medicina Transfusional.
Pruebas efectivas	18	Número de pruebas en el periodo desglosado por analito, sin considerar controles, calibradores y blancos (Si aplica).

2

ANEXO 5
(SOLICITUD DE
REACTIVO PARA
PRUEBAS)





ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

PRUEBA _____

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA:

PERIODO: _____

DESCRIPCION	PRUEBAS SOLICITADAS
VIRUS DE LA INMUNODEFIENCIA HUMANA	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre _____ Firma: _____

PROVEDOR

Nombre _____ Firma: _____



ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
ANTICUERPOS CONTRA VIRUS DE LA HEPATITIS B	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA TREPONEMICA (PRUEBA RAPIDA DE REAGINAS)	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA PARA LA DETECCION DE ANTICUERPOS DE TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (CHAGAS)	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
BIOMETRIA HEMATICA	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
EQUIPO DE PLAQUETOFERESIS	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO. PLASMAFERESIS	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
BOLSA CUADRUPLE PARA SANGRADO DE DONADORES	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
BOLSA TRIPLE PARA SANGRADO DE DONADORES	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
BOLSA DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL DE 150 ML.	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____

[Handwritten mark]

[Handwritten marks and signatures]



ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
FILTRO PARA LEUCORREDUCCION NO MULTICAPA DE POLIESTER	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
GRUPO SANGUINEO DIRECTO INVERSO	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA CRUZADA	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____

[Handwritten mark]

[Handwritten marks and signatures]



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA CONFIRMATORIA DE VIH	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
ESTUDIOS DE AGREGONOMETRIA AUTOMATIZADA (CONTROL DE CALIDAD)	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
CITOMETRIA DE FLUJO CD34	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
ESTUDIOS DE COAGULACION (FACTOR VIII)	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA CONFIRMATORIA DE SIFIÍIS	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

UNIDAD MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE CONTROLES
CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA SEROLOGIA INFECCIOSA	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

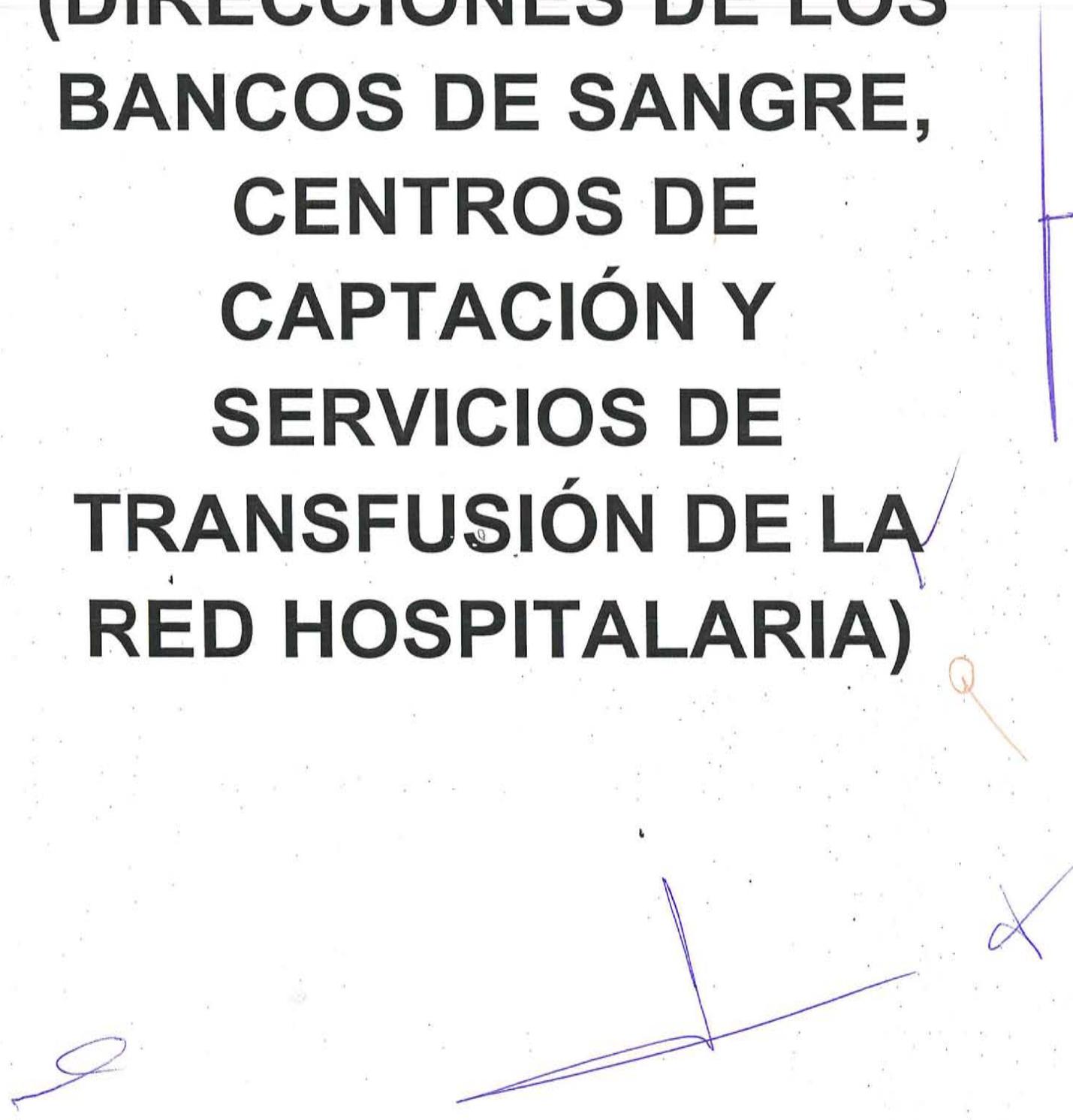
[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

ANEXO 6
(DIRECCIONES DE LOS
BANCOS DE SANGRE,
CENTROS DE
CAPTACIÓN Y
SERVICIOS DE
TRANSFUSIÓN DE LA
RED HOSPITALARIA)

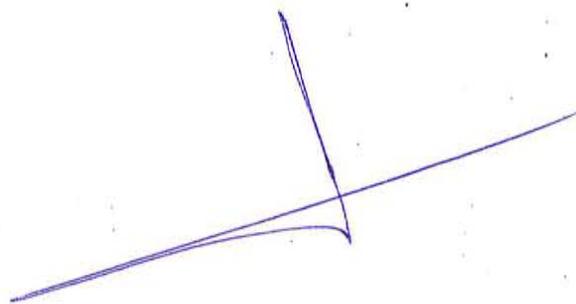
The page contains several handwritten marks in blue and orange ink. A vertical blue line is on the right side. A blue 'X' is at the bottom right. A blue scribble is at the bottom center. An orange scribble is on the right side. A blue scribble is at the bottom left.



DIRECCIONES DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSION DE LA RED HOSPITALARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

1. HOSPITAL GENERAL BALBUENA
Calzada Cecilio Róbeo y Sur 103.
Colonia Aeronáutica Militar. Delegación Venustiano Carranza.
C.P. 15900 México, D.F.
2. HOSPITAL GENERAL VILLA.
Calzada San Juan de Aragón No. 285.
Colonia Granjas Modernas. Delegación Gustavo A. Madero.
C.P. 07460. México, D.F.
3. HOSPITAL GENERAL XOCO.
Avenida México Coyoacán s/n y Bruno Travén.
Colonia General Anaya. Delegación Benito Juárez.
C.P. 03340. México, D.F.
4. HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA.
Avenida Ermita Iztapalapa No. 3018.
Col. Citlali. Delegación Iztapalapa.
C.P. 09660. México, D.F.
5. HOSPITAL GENERAL DR. RUBEN LEÑERO.
Plan de San Luis S/N y Prolongación Salvador Díaz Mirón.
Col. Santo Tomas. Delegación Miguel Hidalgo.
C.P. 11340. México, D.F.
6. HOSPITAL GENERAL TICOMAN.
Plan de San Luis s/n entre Miguel Bernard y Bandera.
Col. Ticoman. Delegación Gustavo A. Madero.
C.P. 07330. México, D.F.
7. HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA.
Prolongación 5 de Mayo. Esquina Centenario.
Col. Ex hacienda de Tarango. Delegación Álvaro Obregón.
8. HOSPITAL BELISARIO DOMINGUEZ.
Avenida Tlahuac No. 4866, esquina Zacatlán de las Manzanas.
Col. San Lorenzo Tezonco. Delegación Iztapalapa.
9. HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO.
Hospital General Ajusco Medio, Encinos 41, Col. Miguel Hidalgo 4ta. Sección Del. Tlalpan, Ciudad de México.
10. HOSPITAL GENERAL TLAHUAC.
Hospital General Tláhuac, La Turba 655, Col. Villa Centroamericana y del Caribe, Del. Tláhuac, C.P. 13250, Ciudad de México.

ANEXO 7
(DISTRIBUCIÓN DE
PRUEBAS POR BANCO
DE SANGRE)



ANEXO 7. DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE TRES MESES 2019
BANCO DE SANGRE HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	POA 2019	TOTAL DE PRUEBAS MENSUALES	TOTAL DE PRUEBAS 3 MESES
S/C	1	1 SEROLOGÍA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	80,160	6,680	20,040
		VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	13,620	1,135	3,405
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	13,620	1,135	3,405
		PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	13,620	1,135	3,405
		PRUEBA INELÉCNICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (Sifilis)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	13,140	1,095	3,285
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	13,080	1,090	3,270
		ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	13,080	1,090	3,270
S/C	2	2 BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10,800	900	2,700
		BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10,800	900	2,700
S/C	3	3 BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	7,620	635	1,905
		BOLSAS CUADRUPLAS PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	6,300	525	1,575
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	900	75	225
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100ML PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MÚLTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNIÓN CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCCIÓN CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
S/C	4	4 INMUNOHEMATOLOGÍA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	81,828	6,819	20,457
		DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	23,604	1,967	5,901
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	16,800	1,400	4,200
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	40,404	3,367	10,101
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
		IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
S/C	5	5 CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,680	140	420
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	420	35	105
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	420	35	105
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACIÓN	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	420	35	105
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	420	35	105
S/C	6	6 AFERESIS Y RECAMBIO PLASMÁTICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	192	16	48
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	168	14	42
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCIATAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	12	1	3
		RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	12	1	3
S/C	7	7 PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	840	70	210
		CITOMETRÍA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRÍA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	540	45	135
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	180	15	45
S/C	8	8 CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	8	1	2
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0.33	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0.33	1
TOTAL DE PRUEBAS				183,128	15,261	45,782



ANEXO 7. DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE TRES MESES 2019
BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL XOCO

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	POA 2019	TOTAL DE PRUEBAS MENSUALES	TOTAL DE PRUEBAS 3 MESES
S/C	1	1 SEROLOGIA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	54,000	4,500	13,500
		VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	9,000	750	2,250
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	9,000	750	2,250
		PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	9,000	750	2,250
		PRUEBA NO TREPONÉMICA (PGA, RÁPIDA DE REAGINAS) PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (Sifilis)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	9,000	750	2,250
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	9,000	750	2,250
		ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	9,000	750	2,250
S/C	2	2 BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	7,920	660	1,980
		BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	7,920	660	1,980
S/C	3	3 BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	6,900	575	1,725
		BOLSAS CUADRUPLAS PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,880	240	720
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,720	310	930
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100ML PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	240	20	60
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNION CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDCIR CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	4	4 INMUNHEMATOLOGIA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	55,200	4,600	13,800
		DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH,	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	16,200	1,350	4,050
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	12,000	1,000	3,000
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACIÓN INMUNHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	23,400	1,950	5,850
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	600	50	150
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	360	30	90
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,400	200	600
		IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	240	20	60
S/C	5	5 CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACION	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	6	6 AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	168	14	42
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	168	14	42
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCI AFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	7	7 PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRIA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
S/C	8	8 CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	8	1	2
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNHEMATOLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
TOTAL DE PRUEBAS				124,316	10,360	31,079

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

AEA

ANEXO 7. DISTRIBUCION DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE TRES MESES 2019
BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	POA 2019	TOTAL DE PRUEBAS MENSUALES	TOTAL DE PRUEBAS 3 MESES
S/C	1	1 SEROLOGÍA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	66,840	5,570	16,710
		VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,280	940	2,820
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,280	940	2,820
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,280	940	2,820
		PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (SÍFILIS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,040	920	2,760
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10,980	915	2,745
		ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10,980	915	2,745
S/C	2	2 BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10,800	900	2,700
		BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10,800	900	2,700
S/C	3	3 BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	7,620	635	1,905
		BOLSAS CUADRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	7,200	600	1,800
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100mL PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MÚLTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNIÓN CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCCIÓN CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	4	4 INMUNOHEMATOLOGÍA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	97,560	8,130	24,390
		DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO; PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y Rh	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	25,440	2,120	6,360
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	22,320	1,860	5,580
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	47,760	3,980	11,940
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (Rh, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	180	15	45
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	240	20	60
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	600	50	150
		IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	600	50	150
S/C	5	5 CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	660	55	165
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACIÓN	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SÍFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	6	6 AFERESIS Y RECAMBIO PLASMÁTICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	180	15	45
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	180	15	45
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPEÚTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	7	7 PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
		CITOMETRÍA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRÍA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	240	20	60
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
S/C	8	8 CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	8	1	2
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
TOTAL DE PRUEBAS				183,968	15,331	45,992

ANEXO 7. DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE TRES MESES 2019
BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL DR. RUBEN LEÑERO

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	POA 2019	TOTAL DE PRUEBAS MENSUALES	TOTAL DE PRUEBAS 3 MESES
S/C	1	1 SEROLOGIA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	70,080	5,840	17,520
		VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,760	980	2,940
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,760	980	2,940
		PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,760	980	2,940
		PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (Sífilis)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,640	970	2,910
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,580	965	2,895
		ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,580	965	2,895
S/C	2	2 BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10,800	900	2,700
		BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10,800	900	2,700
S/C	3	3 BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	7,620	635	1,905
		BOLSAS CUÁDRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	7,200	600	1,800
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 160 O 100ML PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNION CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCCION CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	4	4 INMUNOHEMATOLOGIA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	81,160	6,763	20,290
		DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	23,600	1,967	5,900
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	16,800	1,400	4,200
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACION INMUNOHEMATOLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	40,400	3,367	10,100
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	240	20	60
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	5	5 CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACION	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	6	6 AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO		180	15	45
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	180	15	45
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	7	7 PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
		CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRIA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	240	20	60
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
S/C	8	8 CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	8	1	2
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
TOTAL DE PRUEBAS				170,148	14,179	42,537



ANEXO 7. DISTRIBUCION DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE TRES MESES 2019
BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL VILLA

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	PCA 2019	TOTAL DE PRUEBAS MENSUALES	TOTAL DE PRUEBAS 3 MESES
S/C	1	1 SEROLOGIA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (Sífilis)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	2	2 BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	6,300	525	1,575
		BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	6,300	525	1,575
S/C	3	3 BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5,340	445	1,335
		BOLSAS CUADRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,200	350	1,050
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100mL PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNION CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCIR CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	720	60	180
S/C	4	4 INMUNOHEMATOLOGIA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	66,220	5,518	16,555
		DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	16,100	1,342	4,025
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	16,800	1,400	4,200
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	32,900	2,742	8,225
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	180	15	45
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGUALES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
S/C	5	5 CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACION	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	6	6 AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCIATAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	7	7 PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRIA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
S/C	8	8 CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
TOTAL DE PRUEBAS				77,984	6,499	19,496

ANEXO 7. DISTRIBUCION DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE TRES MESES 2019
BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BELISARIO DOMINGUEZ

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	POA 2019	TOTAL DE PRUEBAS MENSUALES	TOTAL DE PRUEBAS 3 MESES
S/C	1	1 SEROLOGIA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (Sífilis)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA PARA DETERMINACION DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACION DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	2	2 BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,600	300	900
		BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,600	300	900
S/C	3	3 BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,204	267	801
		BOLSAS CUADRUPLAS PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,400	200	600
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100mL PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNION CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	84	7	21
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCCION CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	720	60	180
S/C	4	4 INMUNOHEMATOLOGIA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	26,950	2,246	6,738
		DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10,150	846	2,538
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	13,200	1,100	3,300
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACION INMUNOHEMATOLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	240	20	60
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	240	20	60
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,000	250	750
		IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGUALES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
S/C	5	5 CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACION	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	6	6 AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	156	13	39
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	96	8	24
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCIPOAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
S/C	7	7 PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRIA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
S/C	8	8 CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
TOTAL DE PRUEBAS				34,034	2,836	8,509

ANEXO 7. DISTRIBUCION DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE TRES MESES 2019
BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	POA 2019	TOTAL DE PRUEBAS MENSUALES	TOTAL DE PRUEBAS 3 MESES
SIC	1	1 SEROLOGÍA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA NO TREPONÉMICA (PBA) RÁPIDA DE REAGINAS; PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (Sífilis)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
SIC	2	2 BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5,400	450	1,350
		BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5,400	450	1,350
SIC	3	3 BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,620	385	1,155
		BOLSAS CUADRUPLAS PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,600	300	900
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 o 100ml PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNIÓN CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCCION CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	600	50	150
SIC	4	4 INMUNOHEMATOLOGÍA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	51,180	4,265	12,795
		DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	12,000	1000	3000
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	11,400	950	2850
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	24,000	2000	6000
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA AB0 (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,600	300	900
		IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGUALES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
SIC	5	5 CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACION	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
SIC	6	6 AFERESIS Y RECAMBIO PLASMÁTICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	132	11	33
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	12	1	3
SIC	7	7 PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	312	26	78
		CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRIA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	192	16	48
SIC	8	8 CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0.33333	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
TOTAL DE PRUEBAS				61,648	5,137	15,412

ANEXO 7. DISTRIBUCION DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE TRES MESES 2019
BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL TICOMAN

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	POA 2019	TOTAL DE PRUEBAS MENSUALES	TOTAL DE PRUEBAS 3 MESES
S/C	1	1 SEROLOGIA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA NO TREPONÉMICA (PBA. RÁPIDA DE REAGINAS); PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (Sífilis)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIFANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	2	2 BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5,400	450	1,350
		BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5,400	450	1,350
S/C	3	3 BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,620	385	1,155
		BOLSAS CUADRUPLAS PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,600	300	900
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100mL PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MÚLTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNIÓN CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCCIÓN CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	600	50	150
S/C	4	4 INMUNOHEMATOLOGÍA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	58,020	4,835	14,505
		DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	15,000	1250	3750
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	15,000	1250	3750
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	24,000	2000	6000
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,600	300	900
		IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	240	20	60
S/C	5	5 CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACIÓN	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	6	6 AFERESIS Y REGAMBIO PLASMÁTICO		132	11	33
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCIPOFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPEÚTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	12	1	3
S/C	7	7 PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	312	26	78
		CITOMETRÍA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRÍA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	192	16	48
S/C	8	8 CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0.333	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
TOTAL DE PRUEBAS				68,488	5,707	17,122

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373

AEA

ANEXO 7. DISTRIBUCION DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE TRES MESES 2019
BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL TLAHUAC

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	POA 2019	TOTAL DE PRUEBAS MENSUALES	TOTAL DE PRUEBAS 3 MESES
S/C	1	1 SEROLOGÍA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA NO TREPONÉMICA (PBA, RAPIDA DE REAGINAS), PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (Sífilis)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	2	2 BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5,400	450	1,350
		BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5,400	450	1,350
S/C	3	3 BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,020	335	1,005
		BOLSAS CUADRUPLAS PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,600	300	900
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100ml. PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	25	75
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MÚLTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNIÓN CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCCIÓN CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	4	4 INMUNOHEMATOLOGÍA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	46,080	3,840	11,520
		DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	12,600	1,050	3,150
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10,800	900	2,700
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	22,500	1,875	5,625
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCÓCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LINFÓCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	5	5 CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACIÓN	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	6	6 AFERESIS Y RECAMBIO PLASMÁTICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	10	30
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCIPOFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPEÚTICO Y/O PLASMAFERESIS.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	7	7 PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		TITOMETRÍA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRÍA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
S/C	8	8 CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
TOTAL DE PRUEBAS				55,684	4,640	13,921

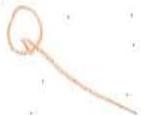
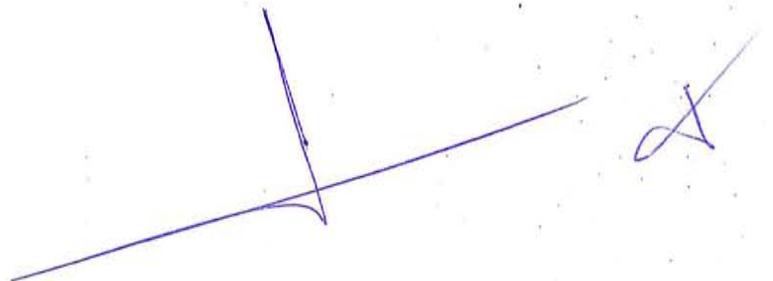
AEA

(Handwritten signatures and marks)

ANEXO 7. DISTRIBUCION DE PRUEBAS POR BANCO DE SANGRE TRES MESES 2019
BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA

CLAVE	PARTIDA INTEGRAL	SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	POA 2019	TOTAL DE PRUEBAS MENSUALES	TOTAL DE PRUEBAS 3 MESES
S/C	1	1 SEROLOGÍA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA <i>Treponema pallidum</i> (Sifilis)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	2	2 BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	3	3 BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS CUADRUPLAS PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100mL PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MÚLTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNIÓN CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREducir CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	4	4 INMUNOHEMATOLOGÍA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	22,260	1,855	5,565
		DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	9,000	750	2,250
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	12,000	1,000	3,000
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	5	15
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,200	100	300
		IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	5	5 CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACIÓN	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	6	6 AFÉRESIS Y RECAMBIO PLASMÁTICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		EQUIPO DE PLAQUETAFÉRESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFÉRESIS (ERITROCIPOAFÉRESIS, LEUCOAFÉRESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO Y/O PLASMAFÉRESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	7	7 PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		CITOMETRÍA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRÍA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
S/C	8	8 CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	0	1
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0	0	0
TOTAL DE PRUEBAS				22,264	1,855	5,566

ANEXO 8 (COSTOS)





Dicipa, S.A. de C.V.
 Edificio Metrópoli Patriotismo II
 Av. Patriotismo # 201, piso 8
 Col. San Pedro de los Pinos,
 Del. Benito Juárez, C. P. 03800
 Ciudad de México
 Tel. (55) 5093 2000
 RFC: DCP790511-D36

Ciudad de México, a 07 de diciembre de 2018.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Dirección General de Administración,

Lic. Jesús Antonio Garrido Ortigosa
 Director General de Administración
 Lic. Eduardo E. Castillo Arroyo
 Director de Recursos Materiales
 Lic. Carlos Alberto San Juan Solares
 Subdirector de Adquisiciones
 Mtra. María del Pilar Romero Chabolla
 Jefe de la Unidad Departamental de Compras Directas
 Presente.

Asunto:	VERIFICACIÓN DE PRECIOS, a través de un Estudio de Precios de Mercado a que hacen referencia los artículos 51 de la Ley de Adquisiciones para el Distrito Federal, 2 fracción XVI de su Reglamento y numeral 4.8.1, de la Circular Uno 2015,
---------	---

En atención a su oficio número SA/JUDPU/0009/059/19 de fecha 06 de diciembre de 2018, donde me solicita presentar cotización de acuerdo a la descripción referida en la solicitud, relativo a la Prestación de "SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE", desde la solicitud de la misma y hasta el 31 de Diciembre de 2019 al respecto me permito informarle a su H. Secretaría los precios, calidad, así como todas y cada una de las condiciones que ofrecemos.

De lo anterior, se presenta la **PROPUESTA ECONÓMICA**, la cual se pormenoriza a continuación:

PARTIDA A	CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD AD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
	05C	SEROTOGIA INMUNOLOGICA	PROBETA ELECTRICA REALIZADA			

g

[Handwritten signature and initials]



Dicipa, S.A.de C.V.
 Edificio Metrópoli Patriotismo II
 Av. Patriotismo # 201, piso 8
 Col. San Pedro de los Pinos,
 Del. Benito Juárez, C. P. 03800
 Ciudad de México
 Tel. (55) 5093 2000
 RFC: DCP790511-D36

Ciudad de México, a 07 de diciembre de 2018.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México
 Dirección General de Administración,

	VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	45,660	\$241.12	\$	11,009,539.20
	ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	45,660	\$241.12	\$	11,009,539.20
	PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	45,660	\$241.12	\$	11,009,539.20
	PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA TREPONEMA PALLIDUM (SIFILIS).	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	44,820	\$241.12	\$	10,806,998.40
	PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS).	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	44,640	\$241.12	\$	10,763,596.8
	ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	44,640	\$241.12	\$	10,763,596.8
	BIOMBRERA TEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA				

Handwritten signatures and marks at the bottom of the page.



Dicipa, S.A.de C.V.
Edificio Metrópoli Patriotismo II
Av. Patriotismo # 201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos,
Del. Benito Juárez, C. P. 03800
Ciudad de México
Tel. (55) 5093 2000
RFC: DCP790511-D36

Ciudad de México, a 07 de diciembre de 2018.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Dirección General de Administración,

		BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	66,420	\$67.68	\$	4,495,305.60
	S/C	BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA				
		BOLSAS CUÁDRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	40,980	\$618.17	\$	25,332,606.60
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,620	\$618.17	\$	2,855,945.40
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100 ML PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,340	\$618.17	\$	1,446,517.80
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTÉRIL CON SISTEMA DE UNIÓN CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	924	\$618.17	\$	571,189.0
		FILTRO PRE- ALMACENAMIENTO PARA LEUCORREDUCIR CONCENTRADOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,700	\$618.17	\$	1,669,059.0

g

[Handwritten signature]



Dicipa, S.A. de C.V.
 Edificio Metrópoli Patriotismo II
 Av. Patriotismo # 201, piso 8
 Col. San Pedro de los Pinos,
 Del. Benito Juárez, C. P. 03800
 Ciudad de México
 Tel. (55) 5093 2000
 RFC: DCP790511-D36

Ciudad de México, a 07 de diciembre de 2018.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México
 Dirección General de Administración,

		ERITROCITARIOS				
S/C		INMUNOHEMATOLOGÍA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA			
		DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA), Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	163,694	\$142.90	\$ 23,391,872.60
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	147,120	\$142.90	\$ 21,023,448.00
		COLUMNAS DE GEL PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	255,364		\$
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY, ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,440	\$142.90	\$ 205,776.00
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,680	\$142.90	\$ 240,072.00
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	180	\$142.90	\$ 25,722.00



Dicipa, S.A.deC.V.
Edificio Metrópoli Patriotismo II
Av. Patriotismo # 201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos,
Del. Benito Juárez, C. P. 03800
Ciudad de México
Tel. (55) 5093 2000
RFC: DCP790511-D36

Ciudad de México, a 07 de diciembre de 2018.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Dirección General de Administración,

		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	180	\$142.90	\$	25,722.00
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	180	\$142.90	\$	25,722.00
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	300	\$142.90	\$	42,870.00
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	14,760	\$142.90	\$	2,109,204.00
		IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,560	\$142.90	\$	222,924.00
5	VC	CONFIRMATORIAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA				
		PRUEBA CONFIRMATORIA VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	420	\$1,601.48	\$	672,621.6
		PRUEBA CONFIRMATORIA HCV (HEPATITIS C)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	420	\$1,601.48	\$	672,621.6
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA AGS HB POR NEUTRALIZACIÓN	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	420	\$1,601.48	\$	672,621.6

[Handwritten signatures and marks]



Dicipa, S.A.deC.V.
 Edificio Metrópoli Patriotismo II
 Av. Patriotismo # 201, piso 8
 Col. San Pedro de los Pinos,
 Del. Benito Juárez, C. P. 03800
 Ciudad de México
 Tel. (55) 5093 2000
 RFC: DCP790511-D36

Ciudad de México, a 07 de diciembre de 2018.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México
 Dirección General de Administración,

		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	420	\$1,601.48	\$	672,621.60
6	S/C	AFERESIS Y RECAMBIO PLASMÁTICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA				
		EQUIPO DE PLAQUETA FERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,152	\$9,388.81	\$	10,815,909.12
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	12	\$9,388.81	\$	112,665.72
		RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	96	\$9,388.81	\$	901,325.71
7	S/C	PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA				
		CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	\$1,166.90	\$	70,014.00
		ESTUDIOS DE AGREGOMETRÍA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60	\$1,166.90	\$	70,014.00
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,440	\$195.00	\$	280,800.00

Handwritten signatures and marks in blue ink at the bottom of the page, including a large stylized 'g' and a signature that appears to be 'X d'.



Dicipa, S.A.deC.V.
 Edificio Metrópoli Patriotismo II
 Av. Patriotismo # 201, piso 8
 Col. San Pedro de los Pinos,
 Del. Benito Juárez, C. P. 03800
 Ciudad de México
 Tel. (55) 5093 2000
 RFC: DCP790511-D36

Ciudad de México, a 07 de diciembre de 2018. v

Secretaría de Salud de la Ciudad de México
 Dirección General de Administración,

		PRUEBA DE HEMODIALISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	924		\$
8	S/C	CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA			
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	40 ^t		SE INTEGRA DENTRO DE LOS COSTOS DE LA PROPUESTA
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	16		SE INTEGRA DENTRO DE LOS COSTOS DE LA PROPUESTA
		SISTEMA INFORMATICO DE CONTROL DE INFORMACIÓN, EISO 9000		10 UNIDAD ES MEDICAS		SE INTEGRA DENTRO DE LOS COSTOS DE LA PROPUESTA

SUBTOTAL	\$ 165,987,980.68
I.V.A.	\$ 26,238,076.51
TOTAL	\$ 192,226,057.59

(Handwritten signatures and marks)



Dicipa, S.A. de C.V.
Edificio Metrópoli Patriotismo II
Av. Patriotismo # 201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos,
Del. Benito Juárez, C. P. 03800
Ciudad de México
Tel. (55) 5093 2000
RFC: DCP790511-D36

Ciudad de México, a 07 de diciembre de 2018.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Dirección General de Administración,

Condiciones.

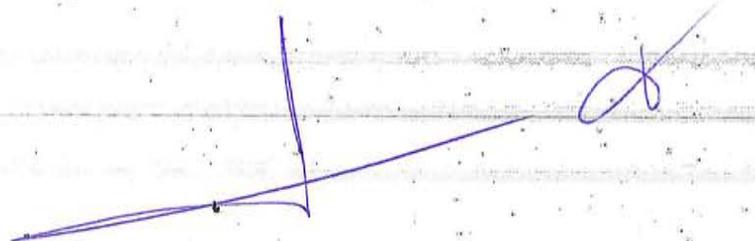
- **Grado de Integración: Servicio 100 % Nacional.**
- **País de Origen: México.**
- **Registro Federal de Contribuyentes; DCP 790511 D36.**
- **Condiciones de Pago: 30 (treinta) días.**
 - **Manifiesto BAJO PROTESTA** de decir verdad, que, la presente cotización se encuentra vinculada con todos los requerimientos y características del anexo técnico y sus alcances de la presente invitación, así como en caso de ser adjudicado podré cumplir con la totalidad de lo solicitado cualitativa y cuantitativamente.
 - **Manifiesto BAJO PROTESTA** de decir verdad, que mi representada no se encuentra en ninguno de los supuestos de impedimento que establece el **artículo 39** de la "Ley de Adquisiciones para el Distrito Federal", así como tampoco en lo contemplado en los **artículos 49, 59 y 67** de la "Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México". Asimismo no se encuentra en los supuestos de impedimento legales, inhabilitada o sancionada por la Contraloría General de la Ciudad de México, por la Secretaría de la Función Pública de la Administración Pública Federal, ni por las autoridades competentes de los Gobiernos de las Entidades Federativas o Municipios".
 - **Manifiesto BAJO PROTESTA** de decir verdad, que los socios, directivos, accionistas, administradores, comisarios y demás personal de los procesos de ventas, comercialización, relaciones públicas o similares no tienen, no van a tener en el siguiente año o han tenido en el último año, relación personal, profesional, laboral, familiar o de negocios con los servidores públicos señalados en la presente solicitud.
- **Vigencia: 31 de diciembre de 2019** ✓
- **Periodo de garantía de bienes: 12 meses**
- **Tiempo de Entrega: Conforme a las Necesidades de la Secretaría.** ✓
- **Lugar de Entrega: donde la Secretaría de Salud de la Ciudad de México indique.** ✓

Sin más y esperando su pronta respuesta, quedo de usted.

Atentamente


ALEJANDRO GARCÍA ANGULO
REPRESENTANTE LEGAL







CICDMX | SUBDIRECCIÓN DE ADQUISICIONES

Gobierno de la Ciudad de México Presupuesto de Egresos 2019

RECIBIDO

Prodr. go. HORA 19:00

SECRETARIA DE SALUD DIRECCIÓN DE FINANZAS

OFICIO DE OTORGAMIENTO DE SUFICIENCIA PRESUPUESTAL

UDCPSO/ 0001 /2019

26 de diciembre de 2018

LIC. EDUARDO E. CASTILLO ARROYO DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES PRESENTE

De acuerdo al Techo Presupuestal de preinversión asignado con oficio SAF/SE/5065/2018, se otorga la siguiente suficiencia Presupuestal:

SOLICITUD:

Table with 4 columns: SOLICITANTE, CONCEPTO, PARTIDA, IMPORTE. Includes details for Director de Recursos Materiales and Subrogaciones.

SUFICIENCIA OTORGADA:

Table with 5 columns: CONCEPTO, AREA FUNCIONAL, FONDO, POSPRE, IMPORTE. Shows budgetary key 232392U003 and amount 30,174,190.29.

OBSERVACIONES: Al enviar el contrato correspondiente a este servicio y/o adquisición, deberá anexar copia de esta suficiencia.

ELABORÓ

AUTORIZO

Signature of Lic. Héctor Enrique Gutiérrez Pérez, J.U.D. de Control Presupuestal

Signature of CP. Eudasio Santamaría Manuel, Director de Finanzas