CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

CONTRATO ADMINISTRATIVO ABIERTO PARA **EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL **LICENCIADO JESÚS ANTONIO GARRIDO ORTIGOSA**, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ **"EL GCDMX",** ASISTIDO POR EL **LICENCIADO RAÚL CHACÓN RANGEL,** COMO DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS, EL **DR. RICARDO ARTURO BARREIRO PERERA** EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS Y EL **Q.F.B. HÉCTOR SALGADO SCHOELLY** DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS Y POR LA OTRA **LA EMPRESA INSTRUMENTOS Y EQUIPOS FALCÓN, SOCIEDAD ANÓNIMA DE CAPITAL VARIABLE**, A TRAVÉS DE SU **APODERADA GENERAL**, LA CIUDADANA **CATALINA MORALES VERA,** A QUIEN PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO SE LE DENOMINARÁ COMO **"EL PROVEEDOR"** Y A QUIENES EN SU CONJUNTO SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES",** AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:

D E C L A R A C I O N E S

I. "EL GCDMX", POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:

I.1.- LA CIUDAD DE MÉXICO ES UNA ENTIDAD FEDERATIVA INTEGRANTE DE LA FEDERACIÓN, SEDE DE LOS PODERES DE LA UNIÓN Y CAPITAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIO, CUYO GOBIERNO ESTÁ A CARGO, ENTRE OTROS, DEL EJECUTIVO LOCAL, TITULAR QUE SE AUXILIA DE ÓRGANOS CENTRALES, DESCONCENTRADOS Y ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS. LOS CUALES INTEGRAN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN LOS ARTÍCULOS 43, 44 Y 122 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; ARTÍCULOS 1º, 32 APARTADO C NUMERAL 1 Y 2 Y 33, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO; 3, 9 Y 12 DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 13 DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

1.2.- LA **SECRETARÍA DE SALUD** DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ES UNA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 33 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO; 2, 3, 11 FRACCIÓN I Y 17 DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 1, 2, 3, 6 Y 7 FRACCIÓN XV DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

I.3.- EL **LICENCIADO JESÚS ANTONIO GARRIDO ORTIGOSA** EN SU CARÁCTER DE **DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD**, ACREDITA SU PERSONALIDAD JURÍDICA EN TÉRMINOS DEL NOMBRAMIENTO DE FECHA 02 DE ENERO DEL 2019 SIGNADO POR EL LICENCIADO **JORGE LUIS BASALDÚA RAMOS** EN SU CARÁCTER **DE SUBSECRETARIO DE CAPITAL HUMANO Y ADMINISTRACIÓN**, MANIFESTANDO QUE CUENTA CON FACULTADES AMPLIAS, SUFICIENTES Y CON LA ATRIBUCIÓN PARA CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO, CON FUNDAMENTOS EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 129 FRACCIONES I, VIII, IX, X, XIV Y XVI DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EL 02 DE ENERO DE 2019. ASÍ COMO EN 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.

I.4.- PARA CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES CITADAS EN LOS ARTÍCULOS 23 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y 96 DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES, PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, **LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS Y LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS** REQUIEREN PARA CUMPLIR DEBIDAMENTE CON SUS FINES Y OBJETOS, **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** MISMO QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE IDENTIFICADO CONFORME A LA REQUISICIÓN **177/2020.**

I.5.- QUE LA CONTRATACIÓN SE EFECTÚA A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA, MEDIANTE OFICIO NÚMERO **AD/DRMAS/SRM/JUDCCM/REQ.177/166/2020** DE FECHA **31 DE MARZO DEL 2020** PARA **EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO **57** DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y DEMÁS NORMATIVIDAD APLICABLE.

RCR/IMHG/gbj

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

I.6.- EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO **57** DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y EN EL PRECEPTO PRIMERO, DEL ACUERDO POR EL QUE SE SUSPENDEN LOS TÉRMINOS Y PLAZOS INHERENTES A LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y TRÁMITES Y SE OTORGAN FACILIDADES ADMINISTRATIVAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES FISCALES, PARA PREVENIR LA PROPAGACIÓN DEL VIRUS COVID-19, PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EL **20 DE MARZO DE 2020**, SE CUENTA CON LOS RECURSOS EN LA PARTIDA **NO. 3993" SUBROGACIONES".**

I.7. EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA PARA LLEVAR A CABO EL **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO, ASÍ COMO EN LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, NO MEDIÓ NINGUNA FORMA DE DISCRIMINACIÓN, SEA POR ACCIÓN U OMISIÓN, POR RAZONES DE ORIGEN ÉTNICO O NACIONAL, RAZA, LENGUA, SEXO, GÉNERO, IDENTIDAD INDÍGENA, EXPRESIÓN DE ROL DE GÉNERO, EDAD, DISCAPACIDAD, CONDICIÓN SOCIAL O ECONÓMICA, APARIENCIA FÍSICA, CONDICIONES DE SALUD, CARACTERÍSTICAS GENÉTICAS, EMBARAZO, RELIGIÓN, OPINIONES POLÍTICAS, ACADÉMICAS O FILOSÓFICAS, IDENTIDAD O FILIACIÓN POLÍTICA, ORIENTACIÓN, PREFERENCIA O IDENTIDAD SEXUAL O DE GÉNERO, ESTADO CIVIL, APARIENCIA EXTERIOR, FORMA DE PENSAR, VESTIR, ACTUAR, GESTICULAR, POR TENER TATUAJES O PERFORACIONES CORPORALES O CUALQUIER OTRA ANÁLOGA, CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 5º DE LA LEY PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN DEL DISTRITO FEDERAL, PUBLICADA EN LA GACETA OFICIAL DEL ENTONCES DISTRITO FEDERAL EL DIA 24 DE FEBRERO DE 2011 Y EL NUMERAL 5.1.2 DE LA CIRCULAR UNO, NORMATIVIDAD EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS, PUBLICADA EN LA GACETA OFICIAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO EL 02 DE AGOSTO DE 2019 Y EL ACUERDO POR EL QUE SE MODIFICA LA MISMA DE FECHA 4 DE SEPTIEMBRE DE 2019.

I.8. PARA PREVENIR EL CONFLICTO DE INTERESES, EN EL PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN MENCIONADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR PARA **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** PREVIO A LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, SE EFECTUÓ UNA CONSULTA EN EL SISTEMA DE PREVENCIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LA QUE SE DESPRENDE QUE NO MEDIÓ CONFLICTO DE INTERESES.

I.9.- QUE EL PRESENTE CONTRATO SE LE ASIGNÓ A **"EL PROVEEDOR"** EN VIRTUD DE QUE OFRECIÓ LAS MEJORES CONDICIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS Y MATERIALES PARA EL **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE** SOLICITADO, EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y LOS ARTÍCULO **57** Y 63 FRACCIÓN I DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

I.10.- SU REPRESENTADO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES BAJO EL NÚMERO **GDF971205-4NA.**

I.11.- EL DOMICILIO DE SU REPRESENTADO PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, 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, DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

II.- "EL PROVEEDOR", A TRAVÉS DE SU APODERADA GENERAL, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARA QUE:

II.1.- ES UNA SOCIEDAD MERCANTIL LEGALMENTE CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES MEXICANAS, COMO LO ACREDITA CON LA ESCRITURA PÚBLICA **NÚMERO 1,227,** LIBRO NÚMERO **7** DE FECHA **29 DE NOVIEMBRE DE 1979**, OTORGADA ANTE EL **LICENCIADO FERNANDO TREVIÑO LOZANO,** NOTARIO PÚBLICO TITULAR DE LA NOTARÍA NÚMERO **55** EN LA CIUDAD DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, CON EL REGISTRO NÚMERO **45**, FOLIO NÚMERO **231**, VOLUMEN **232**, LIBRO NÚMERO **3** SEGUNDO AUXILIAR ESCRITURAS DE SOCIEDADES MERCANTILES SECCIÓN DE COMERCIO DE FECHA **23 DE ENERO DE 1980**, POR EL CUAL SE CONSTITUYE LA EMPRESA **INSTRUMENTOS Y EQUIPOS FALCÓN, S. A.**

CON LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **2,193** LIBRO **3** DE FECHA **3 DE NOVIEMBRE DE 1993**, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO **JOSÉ LUIS TREVIÑO MANRIQUE**, TITULAR DE LA NOTARÍA NÚMERO **97** CON EJERCICIO EN ÉSTE MUNICIPIO EN LA CIUDAD DE MONTERREY, CAPITAL DE NUEVO LEÓN, REGISTRADO BAJO EL NÚMERO **6813**, VOLUMEN **199-138**, LIBRO **4** TERCER AUXILIAR ACTOS Y CONTRATOS DIVERSOS SECCIÓN COMERCIO DE FECHA **5 DE NOVIEMBRE DE 1993**, SE ACORDÓ LA TRANSFORMACIÓN DE LA SOCIEDAD QUEDANDO CÓMO **INSTRUMENTOS Y EQUIPOS FALCÓN, S.A. DE C.V.**

II.2.- **EL C. CATALINA MORALES VERA,** EN SU CARÁCTER DE **APODERADA GENERAL** DE LA EMPRESA **INSTRUMENTOS Y EQUIPOS FALCÓN, S. A. DE C. V.,** SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL PARA VOTAR EXPEDIDA A SU FAVOR POR EL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL, CON NUMERO [redacted] ACREDITANDO SU PERSONALIDAD Y FACULTADES PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE INSTRUMENTO EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **15,815,** LIBRO NÚMERO **104** DE FECHA **8 DE ENERO DE 2010**, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO **JOSÉ LUIS TREVIÑO MANRIQUE**, NOTARIO PÚBLICO

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

NÚMERO **97** EN LA CIUDAD DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN EN EL FOLIO MERCANTIL ELECTRÓNICO NÚMERO **15568*9** DE FECHA **20 DE ENERO DE 2010**, MISMAS QUE MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE SUS FACULTADES 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.- QUE CONFORME A LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO **2,193** LIBRO **3** DE FECHA **3 DE NOVIEMBRE DE 1993**, PASADA ANTE LA FE DEL LICENCIADO **JOSÉ LUIS TREVIÑO MANRIQUE**, TITULAR DE LA NOTARÍA NÚMERO **97** CON EJERCICIO EN ÉSTE MUNICIPIO EN LA CIUDAD DE MONTERREY, CAPITAL DE NUEVO LEÓN, REGISTRADO BAJO EL NÚMERO 6813, VOLUMEN 199-138, LIBRO 4 TERCER AUXILIAR ACTOS Y CONTRATOS DIVERSOS SECCIÓN COMERCIO DE FECHA 5 DE NOVIEMBRE DE 1993, CLÁUSULA ESTATUTARIA, DONDE RIGE SU ACTUACIÓN TIENE POR OBJETO: **1.-** LA COMPRA, VENTA Y FABRICACIÓN DE TODO GÉNERO DE EQUIPOS, ACCESORIOS Y REFACCIONES, ELECTRÓNICOS, ELÉCTRICOS Y MECÁNICOS PARA USOS EDUCATIVOS, CLÍNICOS, DE PROCESO Y LABORATORIOS **2.-** LA PRESTACIÓN DE TODO GÉNERO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE INSTALACIÓN, MANTENIMIENTO Y ASESORÍA QUE SE RELACIONE CON LOS FINES ANTERIORES.

II.4.- PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES DEL PRESENTE CONTRATO SEÑALA COMO SU DOMICILIO LEGAL Y FISCAL EL UBICADO EN: **CALLE FRIDA KAHLO NÚMERO 195 TORRE VERTICE PISO 7 SUITE 708, COLONIA DEL VALLE ORIENTE, SAN PEDRO GARZA GARCÍA, NUEVO LEÓN, CÓDIGO POSTAL 66260, TELÉFONO 55 1719-0600.**

QUE PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES CUENTA CON OFICINAS EN LA CIUDAD DE MÉXICO UBICADAS EN: **JOSÉ MARÍA DE TERESA NÚMERO 188, COLONIA CAMPESTRE, ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN, C.P. 01040, CIUDAD DE MÉXICO.**

II.5.- CUENTA CON LA EXPERIENCIA PROFESIONAL, PERSONAL CAPACITADO, ASÍ COMO CON CAPACIDAD TÉCNICA, MATERIAL, FINANCIERA Y LEGAL SUFICIENTE, QUE LE PERMITE OBLIGARSE Y CUMPLIR TODOS LOS REQUERIMIENTOS QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE INSTRUMENTO CONTRACTUAL.

II.6.- ES UNA PERSONA MORAL QUE PARA CUMPLIR CON SUS ACTIVIDADES FISCALES SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO BAJO LA CLAVE DE IDENTIFICACIÓN **IEF7911291F4.**

II.7.- BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE HA CUMPLIDO EN DEBIDA FORMA CON LAS OBLIGACIONES FISCALES A SU CARGO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 58 DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES, PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO; QUE SE ENCUENTRA AL CORRIENTE EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS, DERECHOS, APROVECHAMIENTOS Y PRODUCTOS REFERIDOS EN EL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO; Y QUE HA PRESENTADO LAS CONSTANCIAS CORRESPONDIENTES EN CASO DE SER APLICABLE.

II.8.- QUE LA EMPRESA **INSTRUMENTOS Y EQUIPOS FALCÓN, S. A. DE C. V.,** CUENTA CON CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO VIGENTE.

II.9.- MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE ÉL, LOS SOCIOS DE SU REPRESENTADA; DIRECTIVOS, ACCIONISTAS, LOS MIEMBROS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA MISMA, COMISARIOS, SUS APODERADOS Y REPRESENTANTES LEGALES Y DEMÁS PERSONAL DE SUS PROCESOS DE VENTAS, COMERCIALIZACIÓN, RELACIONES PÚBLICAS O SIMILARES, NO TIENEN O VAN A TENER EN EL SIGUIENTE AÑO O HAN TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO, RELACIÓN PERSONAL, PROFESIONAL, LABORAL, FAMILIAR O DE NEGOCIOS; 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 ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y ENTRE CUYAS FUNCIONES SE ENCUENTRA LA DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RELATIVAS A LA PRESTACIÓN DEL **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE** QUE SON MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO.

II.10 ASIMISMO DECLARA QUE ÉL, LAS PERSONAS Y FUNCIONARIOS DE SU REPRESENTADA ANTES MENCIONADOS NO SE ENCUENTRA EN LOS SUPUESTOS QUE ESTABLECEN LOS ARTÍCULOS 49, FRACCIÓN XV, DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 39 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, POR LO QUE NO SE ENCUENTRA EN LOS SUPUESTOS DE IMPEDIMENTO LEGALES CORRESPONDIENTES, NI INHABILITADO O SANCIONADO POR LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, POR LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL O AUTORIDADES COMPETENTES DE LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS O MUNICIPIOS PARA CELEBRAR O AUTORIZAR LA FORMALIZACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO.

RCR/IMHG/gbj

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

POR LO TANTO, ACEPTA EXPRESAMENTE QUE EN CASO DE QUE RESULTE FALSA LA MANIFESTACIÓN ANTES MENCIONADA, O QUE DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO ADMINISTRATIVO 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.11.- **"EL PROVEEDOR"** SE COMPROMETE A PRESTAR **EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** CUMPLIENDO CON LAS OBLIGACIONES Y TÉRMINOS SEÑALADOS EN ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO Y EN SUS ANEXOS, DE LOS CUALES CONOCE PLENAMENTE SU CONTENIDO.

II.12.- CONOCE EL CONTENIDO Y LOS REQUISITOS QUE SE ESTABLECEN EN:

A) LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SU REGLAMENTO, ASÍ COMO LAS DEMÁS NORMAS QUE REGULAN LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO; Y

B) EL CONTENIDO DE LOS **ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS BANCO DE SANGRE Y ANEXO TÉCNICO), 2 (FICHA TÉCNICA ZONA NORTE, ZONA SUR, PRUEBAS DE NAT), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL Y CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL 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 (FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO) Y 8 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS), 9 (REPORTE MENSUAL DE BIENES Y/O SERVICIOS Y MONTOS FACTURADOS), 10 (MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA) Y 11 (SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO),** LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE INSTRUMENTO Y QUE CONTIENEN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE** OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO.

III.- **"DECLARAN "LAS PARTES" QUE:**

III.1.- A LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO SE HA TENIDO A LA VISTA LA DOCUMENTACIÓN QUE SE SEÑALA EN LAS DECLARACIONES QUE ANTECEDEN.

III.2.- SE RECONOCE 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 ADMINISTRATIVO 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 NO EXISTE DOLO, LESIÓN NI MALA FE, Y QUE LO CELEBRAN DE ACUERDO CON 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. 12)** DE ESTE INSTRUMENTO.

EXPUESTO LO ANTERIOR **"LAS PARTES"** SUJETAN SU COMPROMISO A LAS FORMAS Y TÉRMINOS QUE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES:

C L Á U S U L A S

PRIMERA. - OBJETO.

EL PRESENTE CONTRATO TIENE POR OBJETO QUE **"EL PROVEEDOR"** REALICE A **"EL GCDMX"**, **SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTIPULADAS EN LOS **ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS BANCO DE SANGRE Y ANEXO TÉCNICO), 2 (FICHA TÉCNICA ZONA NORTE, ZONA SUR, PRUEBAS DE NAT), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL Y CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL PROVEEDOR), 5 (SOLICITUD DE REACTIVO PARA**

RCR/IMHG/gbj

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

PRUEBAS), 6 (DIRECCIONES DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN DE LA RED HOSPITALARIA), 7 (FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO), 8 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS) Y 10 (MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA), DEL PRESENTE CONTRATO.

SEGUNDA. - VIGENCIA.

LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ DEL:

1° DE ABRIL AL 31 DE MAYO DEL 2020, O HASTA AGOTAR EL MONTO MÁXIMO A EJERCER.

TERCERA. – MONTO

"LAS PARTES" ESTABLECEN QUE **"EL GCDMX"** PAGARÁ A **"EL PROVEEDOR"** POR **EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LO SIGUIENTE: EL **MONTO MÍNIMO** A EJERCER DE **$3,033,333.33 (TRES MILLONES TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS 33/100 M.N.)** Y UN **IMPORTE MÁXIMO** DE **$30,333,333.33 (TREINTA MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS 33/100 M.N.)** I.V.A. INCLUIDO.

INDEPENDIENTEMENTE DEL MONTO PACTADO, **"EL PROVEEDOR"** CONVIENE QUE ÚNICAMENTE SE LE PAGARÁN AQUELLOS SERVICIOS QUE SEAN PRESTADOS, SIEMPRE Y CUANDO NO SE REBASE EL MONTO DEL PRESENTE CONTRATO DE ADQUISICIÓN.

EL PRECIO UNITARIO, DESCRIPCIÓN, UNIDAD DE MEDIDA, SE ESTABLECEN EN EL **ANEXO 8 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y 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 DICHOS 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, INCLUYENDO LOS SEGUROS CORRESPONDIENTES.

EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** REBASE EL MONTO MÁXIMO PACTADO, SERÁ BAJO SU PROPIA RESPONSABILIDAD Y EXIME A **"EL GCDMX"** DE LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL IMPORTE EXCEDIDO.

CUARTA. - PAGO.

"EL GCDMX" SE OBLIGA A PAGAR A **"EL PROVEEDOR"** LA CANTIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS DE CONFORMIDAD CON LOS PRECIOS ESTABLECIDOS EN EL **ANEXO 8 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS)** DEL PRESENTE INSTRUMENTO JURÍDICO.

EL PAGO SE EFECTUARÁ MEDIANTE CUENTA POR LIQUIDAR CERTIFICADA A FAVOR DE **"EL PROVEEDOR"** A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y 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 FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO. **DICHO REGISTRO DEBERÁ EFECTUARSE DENTRO DE LAS 72 HORAS HÁBILES POSTERIORES A LA FIRMA DEL PRESENTE INSTRUMENTO.**

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE LOS PAGOS QUE SE GENEREN CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO, SE EFECTUARÁN MEDIANTE TRANSFERENCIA INTERBANCARIA, EN MONEDA NACIONAL A MÁS TARDAR A LOS 20 (VEINTE) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA DEL REGISTRO DE LAS CUENTAS POR LIQUIDAR CERTIFICADAS (CLC) EN EL SISTEMA SAP-GRP, CONFORME AL ARTÍCULO 54 DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PREVIO REGISTRO POR PARTE DE **"EL PROVEEDOR"** ANTE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

PARA QUE EL PAGO PROCEDA **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A ENTREGAR A **"EL GCDMX"** EN ORIGINAL LAS FACTURAS ACOMPAÑADAS DE LA NOTA DE REMISIÓN EN PAPEL MEMBRETADO CON SELLO O FIRMA DEL PERSONAL RESPONSABLE, EN CASO DE SERVICIOS ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN, EN LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN DÍAS HÁBILES EN HORARIO DE 9:00 A 14:00 HORAS, PARA ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE SERVICIOS PRESTADOS PARA POSTERIORMENTE ENVIAR LAS FACTURAS CON CUADRO DE ANÁLISIS A LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA INICIAR EL TRÁMITE DE PAGO CORRESPONDIENTE.

RCR/IMHG/gbj

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO SERÁ EL ÁREA RESPONSABLE DE VERIFICAR, VALIDAR Y AUTORIZAR LA DOCUMENTACIÓN PARA EL TRÁMITE DE PAGO.

QUINTA. - FACTURACIÓN.

LAS FACTURAS DEBERÁN PRESENTARSE PARA SU PAGO A MES VENCIDO DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE CADA MES, CON EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO DESGLOSADO Y A NOMBRE **DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO/SECRETARÍA DE SALUD, R.F.C. GDF9712054NA,** MISMO QUE SE IDENTIFICA EN LOS **ANEXOS, 8 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS),** Y SE ENTREGARÁN DE MANERA DESGLOSADA EN LA UNIDAD HOSPITALARIA O ADMINISTRATIVA SEGÚN SEA EL CASO PARA LA REVISIÓN Y VISTO BUENO DEL RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, POSTERIORMENTE SERÁN ENTREGADAS EN LA **DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO** PARA VALIDACIÓN Y EN CASO QUE APLIQUE LA **DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS** REALIZARÁ EL CÁLCULO DE LAS SANCIONES QUE RESULTARAN DE LA OMISIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, UNA VEZ AVALADAS POR LAS ÁREAS CORRESPONDIENTES, **"EL PROVEEDOR"** PARA EL INICIO DE TRÁMITE DE PAGO DEBERÁ ENTREGAR EN LA VENTANILLA ÚNICA DE LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD **DE MÉXICO UNA IMPRESIÓN DEL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL (CFDI) Y DEBERÁ ENVIAR SUS FACTURAS EN FORMATO PDF Y XML AL CORREO ELECTRÓNICO** ventanilla.sedesadrf@gmail.com.

EN CASO DE PAGO DIRECTO **"EL PROVEEDOR"**, SE OBLIGA A REALIZAR LA ENTREGA DE LAS FACTURAS EN LA DIRECCIÓN DE FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA SU VALIDACIÓN POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, QUIEN UNA VEZ REALIZADO LO ANTERIOR, REMITIRÁ A CADA UNIDAD ADMINISTRATIVA PARA EL PAGO CORRESPONDIENTE.

LA FACTURACIÓN SE EMITIRÁ DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES FISCALES VIGENTES EN LA MATERIA.

SEXTA. - ANTICIPOS

"EL GCDMX" NO OTORGARÁ NINGÚN ANTICIPO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO.

SÉPTIMA. - PAGOS EN EXCESO.

EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** RECIBA PAGOS EN EXCESO, SE OBLIGA A REINTEGRAR A **"EL GCDMX"** EL MONTO TOTAL DEL IMPORTE APLICADO EN DICHO PAGO EN EXCESO, EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE **72 (SETENTA Y DOS)** HORAS POSTERIORES A LA FECHA DEL DEPÓSITO REGISTRADO POR LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

LOS INTERESES SE CALCULARÁN POR DÍAS NATURALES DESDE LA FECHA DEL PAGO EN EXCESO HASTA LA FECHA EN LA QUE SE REALICE LA DEVOLUCIÓN A **"EL GCDMX"**, ASIMISMO, **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A PAGAR LOS INTERESES CORRESPONDIENTES, CONFORME A LA TASA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO 64, PÁRRAFOS TERCERO Y CUARTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y EL ARTÍCULO 3 DE LA LEY DE INGRESOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2020.

OCTAVA. - REALIZACIÓN DEL SERVICIO.

"EL PROVEEDOR", SE OBLIGA A PRESTAR **EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, FÍSICA Y DOCUMENTALMENTE EN LOS INMUEBLES DE LAS UNIDADES DE LA RED HOSPITALARIA, UNIDADES MÉDICAS O ADMINISTRATIVAS, SEGÚN SEA EL CASO, DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO, DE CONFORMIDAD CON LOS **ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS BANCO DE SANGRE Y ANEXO TÉCNICO), 2 (FICHA TÉCNICA ZONA NORTE, ZONA SUR, PRUEBAS DE NAT), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL Y CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL 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 (FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO) Y 8 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS), 9 (REPORTE MENSUAL DE BIENES Y/O SERVICIOS Y MONTOS FACTURADOS), 10 (MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA) Y 11 (SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO),** EL PERIODO PARA **EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE** OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁ **DEL DÍA 1° DE ABRIL AL 31 DE MAYO DEL 2020.**

RCR/IMHG/gbj

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A PRESTAR **EI SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE**, OBJETO DEL PRESENTE INSTRUMENTO CONFORME A LOS PERÍODOS, HORARIOS, CONDICIONES Y EN SU CASO NORMAS GENERALES O ESPECÍFICAS, SEÑALADAS EN **ANEXOS, 8 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS)** Y **9 (REPORTE MENSUAL DE BIENES Y/O SERVICIOS Y MONTOS FACTURADOS).**

"EL PROVEEDOR" ACEPTA QUE **"EL GCDMX"** PUEDE CAMBIAR EL LUGAR DE LA PRESTACIÓN 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, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS 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.

EL PERSONAL DE LA UNIDAD HOSPITALARIA O CENTRO DE SALUD, SEGÚN SEA EL CASO, SERÁ RESPONSABLE DE SUPERVISAR Y VERIFICAR QUE **"EL PROVEEDOR"** REALICE CON CALIDAD Y EFICIENCIA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ASÍ MISMO DEBERÁ REQUISITAR LA CONSTANCIA QUE PRESENTE **"EL PROVEEDOR"**, ANOTANDO NOMBRE COMPLETO, FIRMA, FECHA EN LA QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS, NÚMERO DE RED Y SELLO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA; EN CASO DE QUE SE DETECTE ALGUNA IRREGULARIDAD O ALGÚN INCUMPLIMIENTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DEBERÁ HACERLO DEL CONOCIMIENTO MEDIANTE OFICIO ENVIADO A LA **DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS**, AFÍN DE QUE SE ADOPTEN LAS MEDIDAS CONDUCENTES.

"EL PROVEEDOR" DEBERÁ DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN Y FACILIDADES CORRESPONDIENTES AL PERSONAL DESCRITO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR CON EL PROPÓSITO DE QUE REALICE LA SUPERVISIÓN DE LO CONTRATADO Y SU VALIDACIÓN CORRESPONDIENTE, ASÍ MISMO DEBERÁ ENTREGAR UN INFORME QUINCENAL DE LOS SERVICIOS FACTURADOS, ASÍ COMO DE LOS MONTOS DEVENGADOS CONFORME **A LOS ANEXOS 9 (REPORTE MENSUAL DE BIENES Y/O SERVICIOS Y MONTOS FACTURADOS) Y 11 (SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO)** EL CUAL SE ENTREGARÁ EN LA **DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y AL CORREO ELECTRÓNICO: salud.proveedor11@gmail.com.**

EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE NO SERÁ ACEPTADO EN CASO DE QUE NO SE CUMPLA CON LO ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO Y SUS ANEXOS, SIN PERJUICIO DE LAS PENAS CONVENCIONALES A QUE SE HAGA ACREEDOR **"EL PROVEEDOR"** POR EL INCUMPLIMIENTO.

NOVENA. - CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

"EL GCDMX", PODRÁ RESCINDIR EL PRESENTE CONTRATO Y HACER EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CORRESPONDIENTE, CUANDO LOS SERVICIOS PRESTADOS NO CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES SOLICITADAS EN EL PRESENTE CONTRATO Y SUS ANEXOS.

DÉCIMA. - IMPUESTOS Y DERECHOS

TODOS LOS IMPUESTOS, DERECHOS Y DEMÁS GRAVÁMENES, QUE SE GENEREN CON MOTIVO DEL PRESENTE, SERÁN CUBIERTOS POR **"EL PROVEEDOR".**

"EL GCDMX" ÚNICAMENTE PAGARÁ A **"EL PROVEEDOR"** EL IMPORTE CORRESPONDIENTE AL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (EN CASO DE SER APLICABLE), CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 71 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

DÉCIMA PRIMERA. - PRÓRROGA

NO SE OTORGARÁN PRÓRROGAS SALVO LO ESTIPULADO EN EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN RELACIÓN CON EL NUMERAL 5.10 DE LA "CIRCULAR UNO 2019, NORMATIVIDAD EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS".

"EL GCDMX" POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR O POR CAUSAS ATRIBUIBLES AL MISMO, PODRÁ MODIFICAR EL CONTRATO A EFECTO DE PRORROGAR LA FECHA O PLAZO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, PARA LO CUAL SE FORMALIZARÁ EL

RCR/IMHG/gbj

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

CONVENIO MODIFICATORIO RESPECTIVO, NO PROCEDIENDO LA APLICACIÓN DE PENAS CONVENCIONALES POR ATRASO. TRATÁNDOSE DE CAUSAS IMPUTABLES A **"EL GCDMX",** NO SE REQUERIRÁ DE LA SOLICITUD DE **"EL PROVEEDOR".**

EN EL CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR",** REQUIERA UNA PRÓRROGA POR LAS CAUSAS DESCRITAS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, DEBERÁ SOLICITARLO POR ESCRITO DIRIGIDO A LA **DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO,** CON ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE VENCIMIENTO EN EL PLAZO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O VIGENCIA DEL CONTRATO INDICADO EN EL PRESENTE INSTRUMENTO.

EN CASO DE QUE **"EL PROVEEDOR"** NO OBTENGA LA PRÓRROGA SOLICITADA, POR SER CAUSA IMPUTABLE A ÉSTE EL ATRASO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y SE HARÁ ACREEDOR A LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES CORRESPONDIENTES.

DÉCIMA SEGUNDA. - GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 73, FRACCIÓN III Y 75 BIS, FRACCIÓN VI DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 360 DEL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ASÍ COMO CON LAS REGLAS DE CARÁCTER GENERAL POR LAS QUE SE DETERMINAN LOS TIPOS DE GARANTÍA QUE DEBEN CONSTITUIRSE Y RECIBIR LAS DEPENDENCIAS, ÓRGANOS DESCONCENTRADOS, DELEGACIONES Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL, PUBLICADAS EL 31 DE MAYO DE 2011 EN LA ENTONCES GACETA OFICIAL DISTRITO FEDERAL (HOY CIUDAD DE MÉXICO), **"EL PROVEEDOR"** GARANTIZA POR EL IMPORTE DEL **15% DEL MONTO MÁXIMO DEL CONTRATO, SIN CONSIDERAR EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO**, A FAVOR DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, MEDIANTE: **GARANTÍA,** LA CUAL PERMANECERÁ VIGENTE HASTA **12 (DOCE) MESES** POSTERIORES A LA ACEPTACIÓN POR PARTE DE **"EL GCDMX",** Y HASTA EL TOTAL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES DE ESTE CONTRATO ADMINISTRATIVO, MISMA QUE SE HARÁ EFECTIVA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO.

CONFORME AL ARTÍCULO 360 DEL CÓDIGO FISCAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y 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 PARA **EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE** 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; 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 ADMINISTRATIVO, SERÁ A FAVOR DE LA **"SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y 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 Y SERÁ VALIDADA EN EL PORTAL CORRESPONDIENTE, DE RESULTAR ALGUNA INCONSISTENCIA EN DICHA PÓLIZA DEBERÁ PRESENTAR 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.

LA PÓLIZA DE FIANZA GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

EN EL SUPUESTO DE QUE EL MONTO O PLAZO ORIGINALMENTE PACTADO EN EL CONTRATO SE MODIFIQUE, **"EL PROVEEDOR"** SE OBLIGA A MANTENER LA PÓLIZA DE FIANZA EN EL PORCENTAJE MENCIONADO EN EL PRIMER PÁRRAFO DE ÉSTA CLÁUSULA O AMPLIAR SU VIGENCIA POR EL PLAZO DE LA PRÓRROGA CONCEDIDO.

EN CASO DE INCUMPLIMIENTO AL CONTRATO POR PARTE DE **"EL PROVEEDOR",** ESTA PÓLIZA DE FIANZA PERMANECERÁ VIGENTE HASTA LA CONCLUSIÓN DE LA GARANTÍA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y NO PODRÁ SER CANCELADA SINO HASTA QUE HAYAN QUEDADO CUBIERTOS LOS VICIOS OCULTOS.

RCR/IMHG//gpj

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

PARA EL PROCEDIMIENTO DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA DE FIANZA, SE DEBERÁ EFECTUAR LO SIGUIENTE:

A) PARA SER CANCELADA LA PÓLIZA DE FIANZA SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE LA CONFORMIDAD POR ESCRITO DE **"EL GCDMX".**

B) LA INSTITUCIÓN AFIANZADORA SE SOMETE EXPRESAMENTE AL PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 279 Y 282 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS VIGENTE. LA PÓLIZA DE FIANZA SE CANCELARÁ CUANDO **"EL PROVEEDOR"** HAYA CUMPLIDO CON TODAS LAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL CONTRATO.

LA PÓLIZA DE FIANZA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO ÚNICAMENTE PODRÁ SER CANCELADA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 120 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE AUSTERIDAD, TRANSPARENCIA EN REMUNERACIONES, PRESTACIONES Y EJERCICIO DE RECURSOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, PERMANECIENDO VIGENTE DURANTE LA SUBSTANCIACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS LEGALES O JUICIOS QUE SE INTERPONGAN HASTA QUE SE DICTE RESOLUCIÓN DEFINITIVA DE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PÓLIZA DE FIANZA PODRÁ DEVOLVERSE, A SOLICITUD POR ESCRITO DE **"EL PROVEEDOR" DIRIGIDO** A LA **DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO,** PREVIA VALIDACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES JURÍDICAS CONTRACTUALES.

DÉCIMA TERCERA. - APLICACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO.

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE **"EL GCDMX"** HARÁ EFECTIVA LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO:

A) DESPUÉS DE AGOTADAS LAS PENAS CONVENCIONALES APLICABLES POR INCUMPLIMIENTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO;

B) CUANDO LOS DOCUMENTOS QUE DEMUESTREN LA RENOVACIÓN DE LAS GARANTÍAS, DERIVADAS DE LAS MODIFICACIONES A LOS CONTRATOS NO SE ENTREGUEN EN LA FECHA ESTABLECIDA;

C) CUANDO SE RESCINDA EL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES A "EL PROVEEDOR".

D) CUANDO NO SE CUMPLA CON LO ESTIPULADO EN EL PRESENTE CONTRATO.

DÉCIMA CUARTA. - RESPONSABILIDAD.

"EL PROVEEDOR" SERÁ RESPONSABLE DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A **"EL GCDMX"** POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS Y DEFICIENCIA EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS; ASÍ COMO CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA EN LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE CONTRATO.

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

ASIMISMO, PARA **EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** MATERIA DEL PRESENTE INSTRUMENTO, **"EL PROVEEDOR"** DEBE CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:

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 PRESTADOS 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.

RCR/IMHG//gbj

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

EL EJERCICIO DE ESTE DERECHO NO LIBERA A **"EL PROVEEDOR"** DE LA RESPONSABILIDAD DE SUPERVISAR ÉL MISMO **EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE,** EN CONSECUENCIA, LA OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS SERVICIOS DE MALA CALIDAD O INADECUADOS, MAL ENTREGADOS O EL EMPLEO DE PRODUCTOS DE MALA CALIDAD O INADECUADOS, SUBSISTE EN TODO MOMENTO PARA **"EL PROVEEDOR".**

"EL PROVEEDOR" SE OBLIGA A GARANTIZAR QUE EL PERSONAL EMPLEADO PARA REALIZAR EL LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO ADMINISTRATIVO 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, 8 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y 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".**

ENTRE EL PERSONAL CONTRATADO POR **"EL PROVEEDOR"** Y **"EL GCDMX"**, NO HAY, NI HABRÁ NINGUNA RELACIÓN LABORAL, POR LO TANTO, **"EL PROVEEDOR"** ES RESPONSABLE DE CUALQUIER RECLAMACIÓN DE CARÁCTER LABORAL Y SOCIAL O CUALQUIERA OTRA ÍNDOLE QUE LLEGUE A INVOCARSE CON MOTIVO DE LA RELACIÓN LABORAL EXISTENTE ENTRE **"EL PROVEEDOR"** Y SUS TRABAJADORES.

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 LOS SERVICIOS PRESTADOS SE OBLIGA A CUBRIR EN TÉRMINOS DE LA **CLÁUSULA TERCERA** DEL PRESENTE CONTRATO.

DÉCIMA QUINTA. - PENAS CONVENCIONALES.

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE **"EL GCDMX"** APLICARÁ LA PENA CONVENCIONAL POR DÍA NATURAL POR LA NO PRESTACIÓN O PRESTACIÓN CON RETRASO DE LOS SERVICIOS O POR DEFICIENCIA O MALA CALIDAD DE LOS SERVICIOS, POR CAUSAS IMPUTABLES A **"EL PROVEEDOR"**, SERÁ DEL **1% (UNO POR CIENTO)**, DURANTE EL TIEMPO QUE SEA NECESARIO SIN REBASAR EL MONTO TOTAL DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. CÓMO LO ESTIPULA EL NUMERAL 5.13 DE LA CIRCULAR UNO 2019 ESTA SANCIÓN SE APLICARÁ SOBRE EL MONTO DE LOS SERVICIOS NO ENTREGADOS, O ENTREGADOS CON RETRASO, SIN CONSIDERAR DESCUENTOS NI EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.).

AMBAS PARTES ESTÁN DE ACUERDO EN QUE LA **DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS** SERÁ LA RESPONSABLE ÚNICAMENTE DEL CÁLCULO DE LAS PENAS CONVENCIONALES, PREVIA NOTIFICACIÓN DE INCUMPLIMIENTO QUE REALICE **LA UNIDAD HOSPITALARIA O CENTRO DE SALUD QUE DESIGNE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, SEGÚN SEA EL CASO;** 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 ADMINISTRATIVO UNA VEZ REBASADO DICHO IMPORTE SE PROCEDERÁ A LA RECISIÓN DEL CONTRATO EN TERMINO DEL ARTÍCULO 42 Y 69 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y LO DISPUESTO EN EL PUNTO 5.13 DE LA CIRCULAR UNO.

EL IMPORTE DE LAS PENAS CONVENCIONALES SE DEDUCIRÁ DEL PAGO DE LOS SERVICIOS, ANTES DE SU COBRO EFECTIVO. INDEPENDIENTEMENTE DE LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES QUE HAYAN SIDO ACORDADAS, **"EL GCDMX"** EXIGIRÁ, EN LOS CASOS EN QUE ASÍ PROCEDA, LA REPARACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

LAS PENAS CONVENCIONALES SE APLICARÁN SOBRE EL VALOR TOTAL NETO DE LOS SERVICIOS DEJADOS DE PRESTAR, SIN CONSIDERAR LOS IMPUESTOS QUE LE APLIQUEN Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES PACTADAS, CUANDO:

I. EXISTA INCUMPLIMIENTO EN EL PLAZO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ORIGINALMENTE, DURANTE EL TIEMPO QUE TRANSCURRA;

II. LOS SERVICIOS PRESTADOS NO CUMPLAN CON LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PACTADAS.

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

EL MONTO DE LAS PENAS EN NINGÚN CASO DEBERÁ REBASAR EL MONTO TOTAL DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO Y AL LLEGAR A SU LÍMITE DEBERÁ INICIARSE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 57 Y 58 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, SIN PERJUICIO DEL DERECHO QUE TIENE **"EL GCDMX"** DE OPTAR ENTRE EXIGIR LA REPARACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS O EL CUMPLIMIENTO FORZOSO DEL CONTRATO O RESCINDIRLO, QUEDANDO A SALVO LOS DERECHOS QUE LE OTORGUE LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.

DICHA PENALIZACIÓN SE DESCONTARÁ A **"EL PROVEEDOR"** DEL IMPORTE FACTURADO QUE CORRESPONDA A LA OPERACIÓN ESPECIFICA DE QUE SE TRATE ANTES DE SU PAGO DEFINITIVO Y SE LIQUIDARÁ SÓLO LA DIFERENCIA QUE RESULTE.

"EL GCDMX" POR NINGÚN MOTIVO AUTORIZA CONDONACIÓN DE SANCIONES POR RETRASO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, CUANDO LAS CAUSAS SEAN IMPUTABLES A **"EL PROVEEDOR"**.

DÉCIMA SEXTA. - CESIÓN A TERCEROS.

LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO NO PODRÁN CEDERSE EN FORMA PARCIAL O TOTAL A FAVOR DE CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O MORAL, CON EXCEPCIÓN DE LOS DERECHOS DE COBRO, EN CUYO CASO, DEBERÁ CONTAR CON LA CONFORMIDAD PREVIA Y POR ESCRITO DE **"EL GCDMX"** EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 61 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, Y EN CASO DE HACERLO SERÁ CONSIDERADO CAUSA DE RESCISIÓN.

DÉCIMA SÉPTIMA. - MODIFICACIONES AL CONTRATO.

"EL GCDMX" PODRÁ ACORDAR EL INCREMENTO Y/O DISMINUCIÓN EN LA CANTIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS MEDIANTE MODIFICACIÓN AL CONTRATO VIGENTE, SIN LIMITACIÓN ALGUNA, SIEMPRE Y CUANDO SEA CONFORME AL PRECIO ORIGINAL Y DEMÁS CONDICIONES DE LOS SERVICIOS SEAN IGUALES A LOS INICIALMENTE PACTADOS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 65 ÚLTIMO PÁRRAFO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

CUALQUIER MODIFICACIÓN O VARIACIÓN DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PACTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO DEBERÁN ESTIPULARSE POR ESCRITO, DEBIENDO SUSCRIBIRLO **"LAS PARTES"** QUE SIGNARON ESTE INSTRUMENTO JURÍDICO O AQUÉLLAS QUE LAS SUSTITUYAN EN EL CARGO O FUNCIONES, ACREDITÁNDOSE ÉSTOS CON LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 65 ÚLTIMO PÁRRAFO Y 67 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

CUANDO SE EFECTÚEN MODIFICACIONES AL CONTRATO POR INCREMENTO EN LAS CANTIDADES DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, **"EL PROVEEDOR"**, DEBERÁ DE PRESENTAR EN EL MOMENTO DE LA FORMALIZACIÓN DEL CONVENIO MODIFICATORIO LA ACTUALIZACIÓN DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, QUE INCLUYA LAS NUEVAS OBLIGACIONES.

NO PROCEDERÁN MODIFICACIONES AL CONTRATO QUE IMPLIQUEN INCREMENTO DE PRECIOS, OTORGAMIENTO DE ANTICIPOS, PAGOS PROGRESIVOS, ESPECIFICACIONES Y EN GENERAL, CUALQUIER CAMBIO QUE IMPLIQUE OTORGAR CONDICIONES MÁS VENTAJOSAS A FAVOR DE **"EL PROVEEDOR"**, COMPARADAS CON LAS ESTABLECIDAS ORIGINALMENTE, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 68 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EXCEPTO LAS QUE SE REFIERAN A IGUALES O MEJORES CONDICIONES DE CALIDAD PARA **"EL GCDMX"** Y EL PRECIO SEA IGUAL AL ORIGINALMENTE PACTADO.

DÉCIMA OCTAVA. - RESCISIÓN.

"EL GCDMX" PODRÁ RESCINDIR ADMINISTRATIVAMENTE ESTE CONTRATO SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL PREVIA, POR EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER OBLIGACIÓN ESTIPULADA EN EL MISMO POR PARTE DE **"EL PROVEEDOR"**, MISMA QUE SERÁ NOTIFICADA EN FORMA PERSONAL A ÉSTE, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL EN RELACIÓN CON EL ARTÍCULO 63 Y 64 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

"EL GCDMX" RESCINDIRÁ EL CONTRATO POR CUALQUIERA DE LAS CAUSAS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, MISMAS QUE SE MENCIONAN EN FORMA ENUNCIATIVA MAS NO LIMITATIVA.

A) CUANDO **"EL PROVEEDOR"** NO CUMPLA CON EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO;

RCR/IMHG//gbj

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

B) INCURRA EN CUALQUIERA DE LOS SUPUESTOS CONTENIDOS EN EL ARTÍCULO 39 Y 39 BIS DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL O EN EL ARTÍCULO 49 FRACCIÓN XV DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO;

C) SE DETECTE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES FISCALES DE **"EL PROVEEDOR"**;

D) SEA DECLARADO EN CONCURSO MERCANTIL;

E) SUBCONTRATE, CEDA O TRASPASE EN FORMA TOTAL O PARCIAL LOS DERECHOS DERIVADOS DEL PRESENTE CONTRATO, CON EXCEPCIÓN DEL DERECHO DE COBRO, MISMO QUE TENDRÁ QUE SER AUTORIZADO PREVIAMENTE POR LA DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS;

F) SÍ LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, LLEGA A REPRESENTAR EL **15% (QUINCE POR CIENTO)** DEL MONTO A EJERCER DEL PRESENTE CONTRATO;

G) SÍ SE LE ATRIBUYE LA INVASIÓN DE ALGÚN REGISTRO DE PROPIEDAD INDUSTRIAL Y/O PATENTE CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO;

H) Y EN GENERAL CUALQUIER OTRA CAUSA IMPUTABLE A **"EL PROVEEDOR"** QUE LESIONE LOS INTERESES DE **"EL GCDMX"**.

I) POR DIVULGAR INFORMACIÓN DE LOS EXPEDIENTES A LOS CUALES TENGAN ACCESO PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS DEL PRESENTE CONTRATO.

ASIMISMO, **"EL GCDMX"**, PODRÁ RESCINDIR EL PRESENTE CONTRATO, CUANDO LAS AUTORIDADES FISCALES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO DETECTEN QUE **"EL PROVEEDOR"**, NO HA CUMPLIDO CON SUS OBLIGACIONES FISCALES, TALES COMO EL PAGO OPORTUNO DE LOS IMPUESTOS Y DERECHOS LOCALES.

"EL GCDMX" PODRÁ OPTAR ENTRE EXIGIR EL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO O BIEN DECLARAR LA RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DEL MISMO; Y SI SE DA ESTE ÚLTIMO SUPUESTO, LA RESCISIÓN SE INICIARÁ DENTRO DE LOS 5 (CINCO) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUÉL EN QUE SE HUBIERE AGOTADO EL PLAZO PARA HACER EFECTIVAS LAS PENAS CONVENCIONALES, EN EL IMPORTE FACTURADO CUANDO SE APLIQUE Y EN SU CASO SE EXIGIRÁ LA REPARACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS OCASIONADOS, INDEPENDIENTEMENTE DE LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES QUE HAYAN SIDO PACTADAS.

"EL PROVEEDOR" SERÁ RESPONSABLE DE LOS VICIOS OCULTOS, ASÍ COMO DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE POR SU INCUMPLIMIENTO SEAN CAUSADOS A **"EL GCDMX"**.

DÉCIMA NOVENA. - SUSPENSIÓN TEMPORAL.

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE **"EL GCDMX"** EN CUALQUIER MOMENTO PODRÁ SUSPENDER TEMPORALMENTE, EN TODO O EN PARTE EL PRESENTE CONTRATO, CUANDO CONCURRAN RAZONES DE INTERÉS GENERAL, CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, SIN QUE ELLO IMPLIQUE SU TERMINACIÓN DEFINITIVA Y SERÁ SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA **"EL GCDMX"**, SI ÉSTE FUERA EL CASO, COMUNICARÁ A **"EL PROVEEDOR"** LAS RAZONES QUE DIERON ORIGEN A DICHA TERMINACIÓN, SIN APLICACIÓN DE PENA O SANCIÓN ALGUNA.

EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ CONTINUAR PRODUCIENDO TODOS SUS EFECTOS LEGALES, UNA VEZ QUE HAYAN DESAPARECIDO LAS CAUSAS QUE MOTIVARON DICHA SUSPENSIÓN.

VIGÉSIMA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA.

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 ADQUISICIÓN, SIN AGOTAR EL PLAZO PARA LA APLICACIÓN DE LAS PENAS CONVENCIONALES, PREVIA OPINIÓN DE LA SECRETARÍA 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

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

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 ADQUISICIÓN, 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 SECRETARÍA DE 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.

EN CASO DE TERMINACIÓN ANTICIPADA, SUSPENSIÓN TEMPORAL O DEFINITIVA DEL CONTRATO, YA SEA POR MUTUO CONSENTIMIENTO, CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, SERÁ SIN RESPONSABILIDAD PARA **"EL GCDMX"**, SI ÉSTE FUERA EL CASO, COMUNICARÁ A **"EL PROVEEDOR"** LAS RAZONES QUE DIERON ORIGEN A DICHA TERMINACIÓN, PARA LO CUAL BASTARÁ UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO CON 15 (QUINCE) DÍAS NATURALES DE ANTICIPACIÓN, SIN APLICACIÓN DE PENA O SANCIÓN ALGUNA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 56, FRACCIÓN XIV, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL.**VIGÉSIMA PRIMERA. - RESPONSABILIDAD LABORAL.**

"EL PROVEEDOR" SE CONSTITUYE COMO ÚNICO EMPRESARIO Y PATRÓN DEL PERSONAL QUE UTILICE PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE SE DERIVEN DE ESTE CONTRATO Y SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y DEMÁS ORDENAMIENTOS EN MATERIA DE TRABAJO Y DE SEGURIDAD SOCIAL, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA **"EL GCDMX"**, POR LO QUE SE OBLIGA A RESPONDER POR LAS RECLAMACIONES QUE SUS TRABAJADORES PRESENTEN EN SU CONTRA O EN CONTRA DE **"EL GCDMX"** CON RELACIÓN A LOS TÉRMINOS Y EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONTRATO; POR LO QUE ÉSTE DESLINDA A **"EL GCDMX"** DE TODA RESPONSABILIDAD LABORAL, CIVIL, PENAL O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE, RECONOCIENDO EXPRESAMENTE Y PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES QUE EN NINGÚN CASO SE PODRÁ CONSIDERAR A **"EL GCDMX"** COMO PATRÓN SOLIDARIO O SUSTITUTO DE NINGUNA DE LAS OBLIGACIONES OBRERO PATRONALES Y RESPONSABILIDADES QUE **"EL PROVEEDOR"** TENGA CON RESPECTO A SUS TRABAJADORES.

VIGÉSIMA SEGUNDA. - CONFIDENCIALIDAD.

"EL PROVEEDOR" SE ABSTENDRÁ DE DIFUNDIR, PROCESAR, UTILIZAR CUALQUIER INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y RENDICIÓN DE CUENTAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y CUALQUIER OTRA NORMATIVIDAD APLICABLE EN LA MATERIA.

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE POR EL TIPO DE INFORMACIÓN QUE LLEGUE A CONOCIMIENTO DE CUALQUIERA DE ELLAS EN EL DESARROLLO DEL PRESENTE CONTRATO Y QUE SE REFIERA A LA OTRA O A LAS ACTIVIDADES QUE ELLA DESARROLLÓ, NO PODRÁ SER DIVULGADA, REVELADA O UTILIZADA EN NINGUNA FORMA, POR NINGÚN MEDIO, A NINGUNA PERSONA FÍSICA O MORAL, YA EN PROVECHO PROPIO O DE TERCEROS, POR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN. ESTA OBLIGACIÓN SE HARÁ EXTENSIVA A LAS O LOS SUBORDINADOS DE **"LAS PARTES"** Y/O PRESTADORES DE SERVICIOS PROFESIONALES, A CUYO CONOCIMIENTO LLEGUE LA INFORMACIÓN REFERIDA. EN ESTE SENTIDO, QUEDA TOTALMENTE PROHIBIDO A **"LAS PARTES"**, REPRODUCIR, COPIAR, DIVULGAR, EXHIBIR O REALIZAR CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD RELACIONADA CON DATOS PERSONALES, DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN EN CUESTIÓN PARA FINES DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO.

VIGÉSIMA TERCERA. - PROPIEDAD INTELECTUAL.

"EL PROVEEDOR" NO PODRÁ UTILIZAR PARA FINES COMERCIALES, PUBLICITARIOS O DE CUALQUIER OTRA ÍNDOLE, EL NOMBRE O LOGOTIPO DE **"EL GCDMX"**.

"EL PROVEEDOR" SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE EN EL CASO DE QUE SE INFRINJAN PATENTES, MARCAS, CERTIFICADOS DE INVENCIÓN Y TODO LO RELACIONADO CON LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INDUSTRIAL O DERECHOS DE AUTOR, QUE SURJAN CON MOTIVO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, DESLINDANDO DE TODA RESPONSABILIDAD A **"EL GCDMX"**.

RCR/IMHG/gbj

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

VIGÉSIMA CUARTA. - COMPROMISO CON EL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS.

"LAS PARTES" SE OBLIGAN A CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PRINCIPIOS VIGENTES A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS. EN ESTE SENTIDO **"LAS PARTES"**, ASUMEN EL ESFUERZO DE CONTRIBUIR A LA PROTECCIÓN Y EFECTIVIDAD DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y DERECHOS HUMANOS EN GENERAL; LA INTEGRIDAD PERSONAL, LA DIGNIDAD HUMANA, LA LEGALIDAD, LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y DE LAS NIÑAS, DE LAS Y LOS JÓVENES, PERSONAS ADULTAS MAYORES, CON DISCAPACIDAD, LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, ASÍ COMO A PRESERVAR LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES, CULTURALES Y AMBIENTALES.

VIGÉSIMA QUINTA. - PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

"LAS PARTES" SE OBLIGAN A CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN MATERIA DE DATOS PERSONALES, CON LA FINALIDAD DE GARANTIZAR LA PRIVACIDAD Y EL DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN INFORMATIVA DE LAS PERSONAS. AL EFECTO, **"LAS PARTES"** ADOPTARÁN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO, DE DESARROLLO Y APLICACIONES, LÓGICAS, FÍSICAS, DE CIFRADO, TÉCNICAS, DE COMUNICACIONES Y REDES, TENDIENTES A DAR LA DEBIDA PROTECCIÓN A LOS DATOS PERSONALES.

VIGÉSIMA SEXTA. - INTEGRIDAD DEL CONTRATO.

"LAS PARTES" RECONOCEN COMO PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO EL CONTENIDO DE LOS **ANEXOS 1 (TOTAL DE PRUEBAS BANCO DE SANGRE Y ANEXO TÉCNICO), 2 (FICHA TÉCNICA ZONA NORTE, ZONA SUR, PRUEBAS DE NAT), 2A (CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO), 3 (DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS), 4 (CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL Y CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL 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 (FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO) Y 8 (DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS), 9 (REPORTE MENSUAL DE BIENES Y/O SERVICIOS Y MONTOS FACTURADOS), 10 (MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA) Y 11 (SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO)** PARA **EL SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE**.

VIGÉSIMA SÉPTIMA. - LEGISLACIÓN.

"LAS PARTES" SE OBLIGAN A SUJETARSE ESTRICTAMENTE A LOS TÉRMINOS DE ESTE CONTRATO, ASÍ COMO A LOS TÉRMINOS, LINEAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS QUE ESTABLEZCAN LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL, EL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES PARA EL DISTRITO FEDERAL Y SUPLETORIAMENTE EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL DISTRITO FEDERAL.

VIGÉSIMA OCTAVA. - JURISDICCIÓN.

"LAS PARTES" CONVIENEN QUE PARA DIRIMIR LAS CONTROVERSIAS QUE SE SUSCITEN CON MOTIVO DE LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE ESTE CONTRATO, SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN DE LOS TRIBUNALES DEL FUERO COMÚN UBICADOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO, RENUNCIANDO A CUALQUIER FUERO QUE PUDIERA CORRESPONDERLE POR RAZÓN DE SU NACIONALIDAD O DOMICILIO PRESENTE O FUTURO O POR CUALQUIER OTRA CAUSA.

VIGÉSIMA NOVENA. - CLÁUSULAS NO NEGOCIABLES

NINGUNA DE LAS CLÁUSULAS CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO PODRÁN SER NEGOCIADAS.

RCR/IMHG/lgbj

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

LEÍDO Y ANALIZADO EL CONTENIDO Y ALCANCE LEGAL DEL PRESENTE CONTRATO POR **"LAS PARTES"**, LO SUSCRIBEN EN (CUATRO) 4 TANTOS FIRMANDO AL MARGEN Y AL CALCE, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, EL DÍA **31 DE MARZO DE DOS MIL VEINTE**, LOS QUE EN ÉL INTERVIENEN COMO CONSTANCIA DE SU ACEPTACIÓN.

POR "EL GCDMX"

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

LIC. RAÚL CHACÓN RANGEL
DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS EN LA SECRETARÍA DE SALUD

QFB HÉCTOR SALGADO SCHOELLY
DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

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

POR "EL PROVEEDOR"

C. CATALINA MORALES VERA

RCR/IMHG//gbj

OK

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

ANEXO 1

(TOTAL DE PRUEBAS ZONA NORTE Y ZONA SUR, 1 A ZONA NORTE 1 B ZONA SUR Y ANEXO TÉCNICO)

TOTAL DE PRUEBAS ESTIMADAS ABRIL - MAYO 2020

BANCO DE SANGRE

CLAVE		SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	Total de pruebas estimadas Mensuales	Total de pruebas estimadas 2 meses
S/C	1	SEROLOGIA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	26,687	53,374
		PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	4,746	9,492
		PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,746	9,492
		PRUEBAS DE ANTIGENOS DE SUPERFICIE DEL VIRUS DE HEPATITIS B (HbsAg).	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,746	9,492
		PRUEBA DE ANTICUERPOS PARA TREPONEMA (SIFILIS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,157	8,314
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,146	8,292
		PRUEBAS ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA DETECCION DE ANTICUERPOS CONTRA BRUCELLA.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,146	8,292
S/C	2	BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	5,835	11,670
		BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5,835	11,670
S/C	3	BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	4,522	9,044
		BOLSAS CUADRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,615	7,230
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	385	770
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100mL PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	215	430
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNION CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	82	164
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCIR CONCETRADOS ERITROCITRARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	225	450
S/C	4	INMUNOHEMATOLOGIA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	29,210	58,420
		DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	14,600	29,200
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	12,900	25,800
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	120	240
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	140	280
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA INDIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	30	60
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,230	2,460
		IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGUALES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	130	260
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	15	30
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	15	30
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	15	30
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	15	30
S/C	5	PRUEBAS DE ACIDOS NUCLEICOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	1,667	3,334
		VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA*	556	1,112
		HVC	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA*	556	1,112
		HVB	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA*	555	1,110
S/C	6	PRUEBAS CONFIRMATORIA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	47	94
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	47	94
S/C	7	AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	104	208
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	99	198
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1	2
		RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	4	8
S/C	8	PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	209	418
		CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5	10
		ESTUDIOS DE AGREGROMETRIA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5	10
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	121	242
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	78	156
S/C	9	CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	56	112
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4	8
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2	4
		CONTROL MICROBIOLOGICO A HEMOCOMPENTES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	50	100
			TOTAL DE PRUEBAS	68,337	136,674

Son cantidades de pruebas estimadas, por lo tanto es enunciativo, mas no limitativo

ANEXO 1 A

ZONA NORTE

CLAVE		SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	Total de pruebas estimadas Mensuales
S/C	1	SEROLOGIA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	17,177
		PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	2,976
		PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,976
		PRUEBAS DE ANTIGENOS DE SUPERFICIE DEL VIRUS DE HEPATITIS B (HbsAg).	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,976
		PRUEBA DE ANTICUERPOS PARA TREPONEMA (SIFILIS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,757
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,746
		PRUEBAS ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA DETECCION DE ANTICUERPOS CONTRA BRUCELLA.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,746
S/C	2	BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	3,735
		BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	3,735
S/C	3	BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	2,900
		BOLSAS CUADRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,290
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	310
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100mL PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	140
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNION CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	50
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCIR CONCETRADOS ERITROCITRARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	110
S/C	4	INMUNOHEMATOLOGIA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	18,705
		DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	9,440
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	8,270
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	85
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	90
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA INDIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	30
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	655
		IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGUALES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	95
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	10
S/C	5	AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	51
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	50
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0
		RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	1
S/C	6	PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	96
		CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0
		ESTUDIOS DE AGREGROMETRIA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	60
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	36
S/C	7	CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	33
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1
		CONTROL MICROBIOLOGICO A HEMOCOMPENTES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	30
			TOTAL DE PRUEBAS	42,697

Son cantidades de pruebas estimadas, por lo tanto es enunciativo, mas no limitativo

ANEXO 1 B
ZONA SUR

CLAVE		SUBPARTIDAS	UNIDAD DE MEDIDA	Total de pruebas estimadas Mensuales
S/C	1	SEROLOGIA INFECCIOSA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	9,510
		PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	1,770
		PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,770
		PRUEBAS DE ANTIGENOS DE SUPERFICIE DEL VIRUS DE HEPATITIS B (HbsAg).	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,770
		PRUEBA DE ANTICUERPOS PARA TREPONEMA (SIFILIS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,400
		PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,400
		PRUEBAS ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA DETECCION DE ANTICUERPOS CONTRA BRUCELLA.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,400
S/C	2	BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	2,100
		BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2,100
S/C	3	BOLSAS Y FILTROS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	1,622
		BOLSAS CUADRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1,325
		BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	75
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100mL PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	75
		BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNION CONECTOR ESTERIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	32
		FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCIR CONCETRADOS ERITROCITRARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	115
S/C	4	INMUNOHEMATOLOGIA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	10,505
		DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5,160
		PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	4,630
		FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	35
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	50
		PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA INDIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	0
		RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	575
		IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGUALES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	35
		ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5
		ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5
		ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5
		ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5
S/C	5	PRUEBAS CONFIRMATORIA	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	47
		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	47
S/C	6	AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	53
		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	49
		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1
		RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	3
S/C	7	PRUEBAS ESPECIALES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	113
		CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5
		ESTUDIOS DE AGREGROMETRIA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	5
		PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	61
		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	42
S/C	8	CONTROL DE CALIDAD	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	23
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGÍCAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	2
		CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	1
		CONTROL MICROBIOLOGICO A HEMOCOMPENTES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	20
			TOTAL DE PRUEBAS	23,973

Son cantidades de pruebas estimadas, por lo tanto es enunciativo, mas no limitativo

ANEXO 1 C

PRUEBAS DE NAT

CLAVE		SUBPARTIDAS		UNIDAD DE MEDIDA	Total de pruebas estimadas Mensuales
S/C		1	PRUEBAS DE ACIDOS NUCLEICOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZA	1,667
			VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	556
			HVC	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	556
			HVB	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	555
				TOTAL DE PRUEBAS	1,667

Son cantidades de pruebas estimadas, por lo tanto es enunciativo, mas no limitativo

ANEXO TÉCNICO

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE

(ABRIL A MAYO 2020)

UNIDAD DE GOBIERNO: **SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO**	
ÁREA SOLICITANTE: **DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS**	PARTIDA PRESUPUESTAL: **3993**

1. ÁREA REQUIRENTE.

Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias

2. DESCRIPCIÓN COMPLETA DE LOS BIENES O DEL SERVICIO A CONTRATAR.

El presente Anexo incluye la contratación del Servicio Integral de Banco de Sangre Zona Norte y Zona Sur.

I. INTRODUCCIÓN.

La Secretaria de Salud de la Ciudad de México, cuenta con una red de 32 Unidades Hospitalarias para dar atención a la población abierta de la ciudad y a la población adscrita al seguro popular.

De las unidades hospitalarias antes mencionadas, todas cuentan con servicio de urgencias, quirófano y hospitalización, los bancos de sangre instalados en los hospitales generales y los servicios de transfusión sanguínea, el banco de sangre tiene un papel de vital importancia en el salvamento de vidas humanas, al tener los recursos sanguíneos oportunos y seguros en disponibilidad para el paciente que así lo requiera.

La interrupción del servicio es de consecuencias muy serias ya que son afectados los pacientes que sufren traumatismos por accidentes los cuales son atendidos en el servicio de urgencias y hospitalización, las cirugías en los quirófanos serian canceladas al no contar con los hemoderivados correspondientes.

Además de afectar a pacientes con diversos padecimientos hematológicos los cuales dependen de los hemoderivados sanguíneos para sobrevivir.

II. ANTECEDENTES

El Servicio Integral de Banco de Sangre fue suministrado desde el año 2009 al realizar el cambio de paquete integral por servicio integral, esto permitió dar un giro de 360 grados en equipamiento y servicio, además de permitir contar con la certificación de los servicios; recientemente se incluyeron al presente servicio integral de Banco de Sangre, el equipamiento y mejoramiento de los servicios de Transfusión de la red hospitalaria.

III. OBJETIVO GENERAL

El de suministrar los equipos, reactivos y servicios necesarios para el correcto funcionamiento del servicio de banco de sangre y servicios de transfusión sanguínea en beneficio de la población beneficiaria hospitalizada y ambulatoria de la Ciudad de México.

IV. ALCANCE.

Las Unidades médicas, consideradas para éste proyecto son los siguientes:

BANCO DE SANGRE

De acuerdo a la lista de unidades hospitalarias y clínicas descritas en el Anexo 6 de Banco de Sangre

V. JUSTIFICACIÓN.

La contratación del servicio integral asegura el abasto de sangre segura a la red hospitalaria de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México, para la continuación de tratamientos, cirugías y sobre todo el de salvar vidas.

La interrupción del servicio seria de consecuencias muy serias para la población hospitalizada y ambulatoria los cuales hacen uso del servicio médico en los hospitales y clínicas que conforman a la Secretaria de Salud.

No se realizaría ninguna cirugía programada y no programada en los hospitales de la red.

Se dejaría de atender a los pacientes con traumatismos graves que han sufrido perdida sanguínea.

Por lo anterior es de vital importancia el asegurar la continuidad del servicio en beneficio de la población usuaria del mismo.

VI. PRODUCTIVIDAD.

Descrita en el anexo 1.

VI. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA DEL SERVICIO.

La descripción específica del servicio integral, se deberá ajustar a las características que se detallan en el **ANEXO 2 Y 2 A. "FICHA TÉCNICA"**, los cuales forman parte integrante del presente anexo técnico.

4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS CLARAS PRECISAS Y EN SU CASO NORMAS REQUERIDAS.

DESCRITAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS **(ANEXO 2).**

5. ASISTENCIA TÉCNICA

DESCRITAS EN EL ANEXO 2 A.

6. REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE CALIDAD.

DESCRITAS EN EL ANEXO 2.

7. LUGAR, PLAZOS Y CONDICIONES DE LA PRESTACION DEL SERVICIO.

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SE REALIZARÁ A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO Y DE ACUERDO A LO DESCRITO EN EL ANEXO 2 A.

EL PAGO DE LOS SERVICIOS SE REALIZARÁ DE ACUERDO A LAS PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE.

8. VISITAS.

EL LICITANTE DEBERÁ DE REALIZAR VISITA DE RECONOCIMIENTO DE LAS INSTALACIONES EN **A TODAS LAS UNIDADES HOSPITALARIAS Y CLINICAS** SEÑALADAS EN EL **ANEXO 10.** LO ANTERIORDE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES.

9.- PRESENTACION DE LA PROPUESTA TÉCNICA

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ SER PRESENTADA POR LOS LICITANTES, CONTENIENDO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN:

A. INFORMACION DEL LICITANTE:

1. ENTREGAR **CURRICULUM VITAE** DEL LICITANTE CON LA PLANTILLA DE SU PERSONAL E INFRAESTRUCTURA,

2. INCLUIR COPIA FOTOSTÁTICA LEGIBLE DE AL MENOS **UN CONTRATO (SIN ANEXOS)** O DOCUMENTO COMPROBATORIO (FACTURA O PÉDIDO) CELEBRADO CON SUS PRINCIPALES CLIENTES POR CONCEPTO DE SERVICIO DE **BANCO DE SANGRE**, DURANTE LOS 12 MESES PREVIOS A LA FECHA DE ESTA LICITACION. NO SE ACEPTARÁN CONTRATOS EN LOS QUE LOS SERVICIOS SEAN PRESTADOS POR TERCEROS

DICHO(S) CONTRATO(S) DEBERÁ(N) ESTAR DIRECTAMENTE RELACIONADO(S) CON EL OBJETO DEL PRESENTE PROCEDIMIENTO.

B. **PROPUESTA TÉCNICA IMPRESA.** PRESENTAR SU PROPUESTA EN LA QUE INDIQUE LA DESCRIPCIÓN COMPLETA DE EQUIPOS E INSUMOS DE CONFORMIDAD CON LOS **ANEXOS 1, 2, 2A, 3,** ACOMPAÑADAS DE SU CATÁLOGO ORIGINAL QUE ESTÉN EN IDIOMA ESPAÑOL, IDENTIFICANDO Y RESALTANDO LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS. (LOS DOCUMENTOS REFERENCIADOS PODRAN PRESENTARSE **PREFERENTEMENTE DE MANERA DIGITAL EN CD O USB**) POR LO QUE SE **DEBERA PRESENTAR UNA RELACIÓN IMPRESA EN LA QUE SE SEÑALE EN QUE DOCUMENTO ELECTRÓNICO Y PAGINA SE REFERENCIA SE LOCALIZA POR CADA SUBPARTIDA.**

C. **RESPECTO A LAS PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE(ANEXO 2)SE DEBERA PRESENTAR UNA RELACION EN LA QUE SE INDIQUE LO SIGUIENTE:**

1. REACTIVOS.- INDICANDO **NOMBRE Y MARCA ASÍ COMO FECHA DE REGISTRO SANITARIO**

2. EQUIPOS PROPUESTOS.- INDICANDO **MARCA, MODELO, PAÍS DE PROCEDENCIA, ASI COMOFECHA DE REGISTRO SANITARIO**.

D. **PRESENTAR** COMO PARTE DE LA OFERTA TECNICA, UN **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN** EN LAS UNIDADES MÉDICAS.

E. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, EN LA QUE ACEPTE QUE SÓLO MEDIANTE ESCRITO EMITIDO POR LA CONVOCANTE, **RETIRARÁ LOS EQUIPOS INSTALADOS** EN LAS UNIDADES MÉDICAS Y QUE PROPORCIONARÁ SOPORTE TÉCNICO E INSUMOS PARA PROCESAR LAS PRUEBAS DE LABORATORIO, CON SUMINISTRO DE EQUIPO HASTA TERMINADA LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

F. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, DEBERA **OFERTAR EQUIPOS NUEVOS O FUNONALMENTE NUEVOS (MAXIMO TRES AÑOS DE INGRESADOS AL PAIS),** COMPROBABLES CON EL PEDIMENTO ADUANAL (EL CUAL SE PRESENTARA A LA ENTREGA DE LOS EQUIPOS).

G. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, A **SUMINISTRAR TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS** PARA OBTENER EL RENDIMIENTO OFRECIDO EN SU PROPUESTA TÉCNICA".

H. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **IMPARTIR DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATOAL MENOS UN CURSO ANUAL DE CAPACITACION TEÓRICO-PRÁCTICO** A TODO EL PERSONAL OPERATIVO Y JEFES DE SERVICIO DE BANCO DE SANGRE DE "LA CONVOCANTE" EN IDIOMA ESPAÑOL.

I. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, A **CAPACITAR AL 100% DEL PERSONAL** DE LOS SERVICIOS DE BANCO DE SANGRE DE UNIDADES HOSPITALARIAS EN EL **MANEJO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.**

J. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **INICIAR CON EL PROCESO DE CAPACITACIÓN; ENTREGA, INSTALACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS EN SU TOTALIDAD PARA PROCESAR PRUEBAS EFECTIVAS DE BANCO DE SANGRE** PARA UNIDADES HOSPITALARIAS DURANTE LOS 3 DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FIRMA DEL CONTRATO QUE DERIVE DE LA PRESENTE LICITACIÓN.

K. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, A **ENTREGAR** A LAS UNIDADES MÉDICAS, LOS **MANUALES DE OPERACIÓN ORIGINALES** (IMPRESO O ELECTRONICO) EN IDIOMA DE ORIGEN Y CON TRADUCCIÓN TÉCNICA AL ESPAÑOL DE CADA EQUIPO, BITÁCORA DE SERVICIO, ASÍ COMO LA GUÍA RÁPIDA EN IDIOMA ESPAÑOL.

L. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOA **OTORGAR EL APOYO CON PERSONAL TÉCNICO CAPACITADO** A FIN DE QUE ESTÉ PRESENTE EN EL ARRANQUE DE LOS EQUIPOS.

M. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOA **ENTREGARA LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS, EN UN PLAZO NO MAYOR A 30 DIAS DE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN, PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA LOS EQUIPOS,** EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL **ANEXO 2A.**

N. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **SUSTITUIR EL EQUIPO** ORIGINALMENTE PROPUESTO CON OTRO DE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS **DENTRO DE LAS 24 HORAS**, QUE AMERITEN MANTENIMIENTO CORRECTIVO EN UN PERIODO DE TREINTA DÍAS NATURALES O FUERA DE SERVICIO POR TRES DÍAS HÁBILES, IMPUTABLES AL EQUIPO.

O. **RELACIÓN DEL PERSONAL. EL LICITANTE DEBERA ENTREGAR CON SU PROPUESTA TECNICA:**

1. **LISTA DE PERSONAL QUE PROPORCIONARÁ ASISTENCIA TÉCNICA** DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

2. PARA CADA MARCA DE EQUIPO OFERTADO, ANEXANDO **CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO DEL FABRICANTE O DISTRIBUIDOR PRIMARIO Ó DISTRIBUIDOR AUTORIZADO, ENUNCIANDO LA MARCA DEL EQUIPO, AVALANDO A LA PLANTILLA DE PERSONAL PROPUESTO POR EL LICITANTE** (INGENIEROS, QUÍMICOS, ADMINISTRADORES, ETC.) QUE DESTINARÁ PARA LA ATENCIÓN DE "LA CONVOCANTE".

P. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, A REALIZAR LAS **ACCIONES NECESARIAS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO** DEL EQUIPO DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA 365 DIAS DEL AÑO, DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. POR LO QUE SE **COMPROMETE A PROPORCIONAR EN UN PLAZO NO MAYOR A 5 DÍAS** A PARTIR DE LA ADJUDICACIÓN A CADA UNA DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MEDICA Y AL BANCO DE SANGRE **UN NUMERO TELEFONICO** PARA EL REPORTE DE ATENCION DE ASESORIA Y SERVICIO

Q. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO EN EL QUE **ACEPTE LAS CONDICIONES DE ENTREGA DE LOS EQUIPOS,** REACTIVOS E, INSUMOS ESTABLECIDOS EN EL **ANEXO 2A** (PLAZO, LUGAR, EMPAQUE Y TRANSPORTE)

R. **PRESENTAR ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA Y COPIA SIMPLE PARA COTEJO DE LOS SIGUIENTES** DOCUMENTOS POR CADA EQUIPO PARA LAS PRUEBAS ANALITICAS:

AL MENOS EL 85%.EN TOTAL DE AMBAS SUBPARTIDAS I Y II, QUE INCLUYE LOS SIGUIENTES PUNTOS:

1. **CERTIFICADO DE CALIDAD,** AVALADO POR AUTORIDADES SANITARIAS MEXICANAS, NOM EN CASO DE SER APLICABLE Y/U ORGANISMOS DE CONTROL DE SU PAÍS DE ORIGEN **COMO FDA O CCEE O ISO9001-2015** VIGENTES, SEGÚN CORRESPONDA EL CASO.

2. **REGISTRO SANITARIO A NOMBRE DEL FABRICANTE O DISTRIBUIDOR PRIMARIO** DE LOS REACTIVOS Y EQUIPOS **REFERENTES A LAS PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE,** PROPUESTOS PARA EL SUMINISTRO DEL SERVICIO, NECESARIOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE, MOTIVO DE LA LICITACION, OTORGADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD DE ACUERDO A LEY SANITARIA Y SUS REGLAMENTOS; EN EL SUPUESTO DE NO REQUERIR DICHOS REGISTROS PRESENTAR ESCRITO EN EL QUE DICHA SECRETARÍA ASÍ LO INDIQUE.
3. **AUTORIZACIÓN DE LIBRE VENTA EN COPIA SIMPLE Y EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA PARA COTEJO, SIN RESTRICCIÓN DE USO** EN EL PAÍS DE ORIGEN EXPEDIDO POR LA AUTORIDAD SANITARIA DE DICHO PAÍS PARA LOS EQUIPOS **REFERENTES A LAS PRUEBAS ANALITICAS,** Y EN CASO DE SER PRODUCTOS NACIONALES AVALADO POR LA NORMA OFICIAL MEXICANA. DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE LA AUTORIZACIÓN DE LIBRE VENTA.

S. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A ENTREGAR EL 15% RESTANTE DE LA DOCUMENTACION A LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS EN UN PLAZO QUE NO EXCEDA DE 30 DÍAS A PARTIR DEL LA FECHA DE ADJUDICACION, SIENDO EL INCUMPLIMIENTO CAUSA DE SANSIÓN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES BASES.

T. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **ACEPTAR QUE SI EL EQUIPO ESTÁ FUNCIONANDO DE MANERA PERMANENTE** Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES. **"LA CONVOCANTE"** CONSUMIRÁ LOS INSUMOS EN LA CANTIDAD SUFICIENTE Y NECESARIA PARA SUS PROCESOS DE OPERACIÓN; POR LO CONTRARIO, **SI LOS EQUIPOS EN PRÉSTAMO PERMANENTE SE ENCUENTRAN DESCOMPUESTOS Y NO SE REALIZARÁN PROCEDIMIENTOS, EN CONSECUENCIA, ACEPTA QUE NO SE GENERARÁN PAGOS AL PRESTADOR DEL SERVICIO.**

U. **PRESENTAR ORIGINAL DE LA CARTA EN LA QUE EL FABRICANTE O DISTRIBUIDOR PRIMARIO O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO MANIFIESTE A FAVOR DEL LICITANTE SER RESPONSABLE SOLIDARIO** CON FECHA DEL MES Y DEL AÑO PARA PARTICIPAR EN LA LICITACION PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE DE AL MENOS EL 85 % LOS REACTIVOS Y EQUIPOS EN EL SENTIDO QUE DE CORRESPONDERÁ DE LA CALIDAD Y CANTIDAD OFERTADA (NOMBRE DEL REACTIVO, DEL NÚMERO DE PRUEBAS OFERTADAS, INCLUYENDO LA MARCA)

ADEMAS DEBERA PRESENTAR TOTALMENTE LEGIBLE, SIN TACHADURAS, ENMIENDAS O CUALQUIER OTRA ALTERACIÓN **COPIA DEL PODER NOTARIAL SUFICIENTE DE QUIEN SUSCRIBE LA CARTA DE APOYO DE FABRICANTE, O DISTRIBUIDOR PRIMARIO O DISTRIBUIDOR AUTORIZADO** ANEXANDO COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA, (CREDENCIAL DE ELECTOR, PASAPORTE, CARTILLA LIBERADA O CEDULA PROFESIONAL).

V. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, EN LA QUE EL **LICITANTE ASUMIRÁ LA RESPONSABILIDAD TOTAL** DE QUE LOS INSUMOS Y EQUIPOS OBJETO DE ESTA INVITACIÓN DEBERÁN ENTREGARSE DEBIDAMENTE EMBALADOS Y EMPACADOS. EL EMPAQUE SERÁ EL QUE GARANTICE SU CALIDAD, INTEGRIDAD, CONSERVACIÓN Y CONTROL DE TEMPERATURA.

W. PRESENTAR ORIGINAL DE LA CARTA A FAVOR DEL LICITANTE EN LA QUE **EL BANCO DE SANGRE PROPUESTO PARA LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS SUBROGADAS** MANIFIESTE SER RESPONSABLE SOLIDARIO PARA EL OTORGAMIENTO DE LAS PRUEBAS QUE NO SE REALIOCEN EN LOS HOSPITALES DE LA RED, SIENDO ESTE ACOMPAÑADO DE LA CERTIFICACION ISO 9001-20015 VIGENTE EN BANCO DE SANGRE.

X. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO, A **ENTREGAR UN INFORME MENSUAL PORMENORIZADO** DE TODAS LAS PRUEBAS REALIZADAS EN LAS UNIDADES MÉDICAS QUE CONFORMAN LA RED DE "LA CONVOCANTE", DIRIGIDA AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, CON COPIA PARA LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS AL CORREO ELECTRONICO dmit.sedesa@gmail.com, DENTRO DE LOS PRIMEROS 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES AL MES DEVENGADO.

Y. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A QUE SU PERSONAL DEBERÁ **PORTAR IDENTIFICACIÓN VISIBLE** QUE LO ACREDITE COMO EMPLEADO DEL LICITANTE.

Z. **PRESENTAR CONSTANCIA DE VISITA** FÍRMADA Y SELLADA POR LA UNIDAD MÉDICA.

AA. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD **EN LA QUE MANIFIESTE** QUE CONOCE LOS DOMICILIOS Y LA INFRAESTRUCTURA DEL AREA DE BANCO DE SANGREDE LAS UNIDADES MÉDICAS.

BB. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOA **ENTREGAR LOS INSUMOS** ESPECIFICADOS EN EL ANEXO 2, 2A Y 3 DE LAS PRESENTES BASES **DE ACUERDO A LAS NECESIDADES** DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.

CC. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOA **ENTREGAR EQUIPOS DE COMUNICACION MOVILSEÑALADOS** EN LA FICHA TECNICA Y ANEXOS TECNICOS A EN UN PLAZO NO MAYOR A 15 DIAS DE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN

DD. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **CONTRATAR** SIN CARGO EXTRA PARA LA SECRETARÍA, LOS **SERVICIOS DE SUPERVISIÓN EXTERNA OPERATIVA** DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE, A TRAVÉS DE UNA EMPRESA INDEPENDIENTE, PARA EL SEGUIMIENTO DEL CONTRATO Y QUIEN ENTREGARÁ LOS REPORTES Y RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS AL MENOS **DURANTE LOS PRIMEROS SEIS MESES** A PARTIR DE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO 2 Y 2 A FICHA TÉCNICA, DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE.

EE. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO,**SE COMPROMETE A ENTREGAR** EN LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS **UNA COPIA SIMPLE DEL CONTRATO O CONVENIO QUE REALICE CON LA EMPRESA DE SUPERVISION** EXTERNA SEÑALADA EN EL NUMERAL ANTERIOR, EN UN PLAZO NO MAYOR A 30 DÍAS DE LA FECHA DE ADJUDICACIÓN.

FF. EL LICITANTE **ENTREGARÁ CON SU PROPUESTA** TÉCNICA, ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA DEL **OFICIO DE ALTA DE UNIDAD Y/O RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA EMITIDO POR LA COFEPRIS** DE CADA FABRICANTE, ASI COMO COPIA SIMPLE, PARA ACREDITAR QUE DA CUMPLIMIENTO A LA NOM-240-SSA1-2012, "INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA TECNOVIGILANCIA". CON LA FINALIDAD DE TENER UNA MAYOR VISIÓN DE LOS INCIDENTES QUE PUEDAN PRESENTARSE A NIVEL GLOBAL PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

GG. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADOAL **CUMPLIMIENTO DE LAS SIGUIENTES NORMAS PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE:**

- REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.

- NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2012, PROTECCIÒN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS-BIOLÒGICO-INFECCIOSOS. CLASIFICACIÒN Y ESPECIFICACIONES DE MANEJO.

- NOM-137-SSA1-2012, INFORMACIÓN REGULATORIA, ESPECIFICACIONES GENERALES DE ETIQUETADO QUE DEBERÁN OSTENTAR LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS, TANTO DE MANUFACTURA NACIONAL COMO PROCEDENCIA EXTRANJERA.

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

HH. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO AL **PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS DE TODA LA RED HOSPITALARIA DURANTE LA TRANSICION** Y PUESTA EN MARCHA DE SUS EQUIPOS ANALITICOS Y SISTEMA INFORMATICO, TENIENDO EN CUENTA EL TRASLADO Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS, EN SU CASO **A UN BANCO DE SANGRE SUBROGADO** CERTIFICADO **TANTO PARA LAS PRUEBAS DE URGENCIA Y DE RUTINA** DE LA RED DE HOSPITALES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

II. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD EN LA QUE SE COMPROMETE, EN CASO DE RESULTAR ADJUDICADO A **ENTREGAR LOS RESULTADOS DE LAS MUESTRAS PROCESADAS DE URGENCIAS Y RUTINA DURANTE LA TRANSICION Y PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS EQUIPOS, EN SU CASO MEDIANTE BANCO DE SANGRE CERTIFICADO SUBROGADO** TENIENDO COMO **TIEMPO MAXIMO DE ENTREGA DE RESULTADOS DE URGENCIA DE 4 A 6 HORAS Y DE LAS MUESTRAS DE RUTINA UN MAXIMO DE 24 HORAS** A CADA UNIDAD HOSPITALARIA.

JJ. EL LICITANTE **ENTREGARÁ CON SU PROPUESTA** TÉCNICA, ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA POR NOTARIO PUBLICO Y COPIA SIMPLE PARA COTEJO DEL **CERTIFICADO ISO-9001-2015** VIGENTE EN EL QUE SE SEÑALE QUE ESTA ACREDITADO **PARA REALIZAR SERVICIOS INTEGRALES DE BANCO DE SANGRE.**

LA PROPUESTA TÉCNICA NO DEBERÁ INDICAR NINGÚN PRECIO.

LA FALTA DE ENTREGA DE CUALQUIERA DE LOS REQUISITOS SEÑALADOS EN ESTE APARTADO SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN.

ELABORA	SUPERVISA	AUTORIZA
ING. REBECA RODRÍGUEZ ROBLES JUD DE EQUIPOS, INSUMOS DE LABORATORIO E IMAGEN	ING. CLAUDIA PATRICIA QUIROZ FLORES SUBDIRECTORA DE TECNOLOGIA E INSUMOS	QFB. HECTOR SALGADO SCHOELLY DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGIA E INSUMOS

ANEXO 2

(FICHA TÉCNICA ZONA NORTE, ZONA SUR, PRUEBAS DE NAT)

ANEXO 2
ZONA NORTE
FICHA TÉCNICA

UNIDAD DE GOBIERNO: **SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.**	
ÁREA SOLICITANTE: **DIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS**	PARTIDA PRESUPUESTAL: **3993**

Descripción Técnica del servicio: CLAVE SAICA:

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE ZONA NORTE

PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS DE BANCO DE SANGRE (HEMATOLOGIA, SEROLOGIA, INMUNOHEMATOLOGIA, BOLSAS DE EXTRACCION, AFERESIS, SISTEMA INFORMATICO, TRANSPORTE DE MUESTRA PARA PRUEBAS DE SEROLOGIA DE LOS HOSPITALES: HOSPITAL GENERAL VILLA, TICOMAN, RUBEN LEÑERO, BALBUENA, XOCO Y ENRIQUE CABRERA Y CERTIFICACION DEL PROCESO) QUE INCLUYA LA INSTALACIÓN DE EQUIPOS AUTOMATIZADOS, DE EQUIPOS OPERATIVOS DE APOYO COMO: REFRIGERADORES, CONGELADORES, CENTRIFUGAS SEROLOGICA DE MESA (SEROFUGE), CENTRIFUGAS REFRIGERADAS A BANCO DE SANGRE, BLOQUE TERMICO, AGITADOR DE PLAQUETAS CON INCUBADOR, TERMOMETROS DIGITALES Y DE MERCURIO EN DISTINTAS ESCALAS, NOMETRO, FRACCIONADOR AUTOMATIZADO, EQUIPO AUTOMATIZADO PARA DESPLASMATIZAR, GRADILLAS DE 90 TUBOS DE ENSAYE, TORUNDERAS, PINZAS HEMOSTATICAS, PINZAS DE RODILLO, TIJERAS QUIRURGICAS, PORTATERMOMETROS DE ACERO INOXIDABLE, SELLADORES DIELECTRICOS PARA SELLAR TUBERIA DE BOLSAS, FILTROS Y EQUIPOS DE AFERESIS, SILLONES PARA DONACION, BALANZA MEZCLADORA Y DETECTORA DE PESO PARA BOLSA DE SANGRE, BALANZA GRANATARIA O DE DOBLE PLATILLO, PIPETAS AUTOMATICAS, ROTOR AUTOMATICO, 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 DE LA CIUDAD DE MEXICO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS LOS 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.

QUE INCLUYE, PRUEBAS Y EQUIPO EN PRESTAMO TEMPORAL DE:

1.- SEROLOGIA INFECCIOSA.

PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
PRUEBA DE ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C.
PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B.
PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA *Treponema pallidum* (Sifilis).
PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS).
ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA.

2.- HEMATOLOGÍA.

HEMATOLOGÍA

3.- BOLSAS Y FILTROS.

BOLSAS CUADRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES.
BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES.
BOLSAS DE TRANSFERENCIA 4-6 BOLSAS UNIDAS 150 O 100Ml.
BOLSAS DE TRANSFERENCIA 150 o 300 mL.
FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCIR CONCETRADOS ERITROCITRARIOS.

4.- INMUNOHEMATOLOGIA (AUTOMATIZADA Y MANUAL) EN COLUMNAS DE GEL.

DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.
PRUEBA CRUZADA.
TARJETAS DE GEL O ESFERAS DE VIDRIO PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS.
FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS).
PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA.
RASTREO DE ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS.
LEUCOCITOS RESIDUALES DE HEMOCOMPONENTES POR CITOMETRIA DE FLUJO.

RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*.
IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGUALES*.

5.- AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO.

EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS.
OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH.
RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS.

6.- PRUEBAS ESPECIALES.

CITOMETRIA DE FLUJO CD34.
ESTUDIOS DE AGREGROMETRIA AUTOMATIZADA.
PRUEBA DE FACTOR VIII.
PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS.

CONTROL DE CALIDAD.

CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGÍCAS.
CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS.
CONTROL MICROBIOLOGICO.

8.- SISTEMA INFORMÁTICO.

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 MUESTRAS PARA PRUEBAS SEROLOGICAS AL HOSPITAL GENERAL XOCO DE LOS HOSPITALES HG RUBEN LEÑERO, HG VILLA, BALBUENA, ENRIQUE CABRERA Y TICOMAN. Y TRASPORTE DE PRUEBAS DE NAT DEL HGXOCO AL HG IZTAPALAPA.

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 EFECTIVAS DE BANCO DE SANGRE.

15.- REGISTRO SANITARIO

CERTIFICACION ISO, CCE, FDA DEL PAIS DE ORIGEN

17.- 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, PROTECCIÒN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS-BIOLÒGICO-INFECCIOSOS. CLASIFICACIÒN 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** a) Documentación Técnica presentada en la Propuesta Técnica, debidamente referenciada. b) Evaluación de los documentos de calidad y COFEPRIS debidamente registrados de acuerdo a lo solicitado en las bases. c) 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. Determinada por el fabricante en aprobación con la SSA e indicada en el Certificado de Análisis de ducto Terminado y en el envase primario y secundario		Condiciones De Almacenamiento: Indicadas por el fabricante, en el marbete de Producto Terminado Autorizado y en el envase primario y secundario.
.REGAS: **En las Unidades Médicas de acuerdo a las necesidades de cada una. El conteo de pruebas se realizara el día 26 de cada mes o el siguiente día hábil, si no es laboral.**		

OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL SERVICIO:

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE CADA NUMERAL.

1.- SEROLOGIA INFECCIOSA.

LA SEROLOGIA SE REALIZARA EN LOS BANCOS DE SANGRE DE LOS 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 100 pruebas por hora
- Dispensación automática de muestras y reactivos.
- Puntas y copillas de muestra desechables.
- Volumen de muestra no mayor a 200 microlitros.
- Uso de muestras en tubo primario o copa.
- Muestras a bordo no menor a 100 muestras.
- Control de Calidad integrado en dos niveles con gráficas de Levy Jennings.
- Lector de código de barras para muestras, reactivos y diluyentes.
- Que sea interfasable al sistema informático de control.
- Capacidad de almacenamiento de hasta 30000 resultados.

- Curvas de calibración estables a 28 días como mínimo.
- Sensor de nivel de líquido con capacidad de detección de coagulo 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, HVC y HBsAg de la misma marca.

CARACTERÍSTICAS DE LOS REACTIVOS PARA BANCO DE SANGRE:

SEROLOGIA PARA VIH:

Debe contener los antígenos recombinantes, para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1, incluidos M y O, o 2, y antigeno p24 de VIH.

- Debe presentar alta sensibilidad diagnostica 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 menor a 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.

SEROLOGIA PARA HEPATITIS C:

- Debe contener el antígeno Core del HVC
- Debe presentar alta sensibilidad diagnostica igual o menor a 3.00 fmol/L 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 dos niveles de control positivo.
- No debe presentar interferencias con anticoagulantes.
- 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.

SEROLOGIA PARA HBsAg: Ensayo para la determinación del Antígeno de superficie de Hepatitis B (HBs Ag)

- Debe presentar sensibilidad igual a 99.0%.
- Debe presentar especificidad igual o mayor al 99.0%.
- 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.
- 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.

SEROLOGIA PARA SIFILIS

Prueba para determinacion de anticuerpos recompinantes (TpN15, TpN17 y TpN47) contra *Treponema pallidum* (Sifilis).

- Debe presentar sensibilidad igual o mayor a 98%.
- Debe presentar un especificidad igual o mayor al 97%.
- 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.
- 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.

SEROLOGIA PARA CHAGAS:

Prueba para determinacion de anticuerpos para la *Tripanosoma cruzi* (enfermedad de chagas)

- Debe presentar sensibilidad igual o mayor al 95%.
- Debe presentar una especificidad igual o mayor al 95%.
- 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.
- 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.

ROSA DE BENGALA.

- 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.

2.- HEMATOLOGÍA

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

ESTA PRUEBA SE REALIZARA EN TODOS LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE LA RED HOSPITALARIA.

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL:

Equipo automatizado con velocidad de 60 Pruebas por hora para los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión con Captación.

Todos los equipos, deben determinar por lo menos de 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 den 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.

3.- BOLSAS Y FILTROS

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, ASTICO TOTM P/PLAQ. 5 DIAS, SISTEMA TOP AND BOTTOM, PROTECTOR DE AGUJA, CAL 16 G, TRIBICELADA Y SILICONIZADA, EN EMPAQUE DE ALUMINIO.

A TRANSFER PEDIÁTRICA DE 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.

4.- INMUNOHEMATOLOGIA (AUTOMATIZADA O MANUAL). ESTAS PRUEBA SE REALIZARA DE MANERA AUTOMATIZADA EN TODOS LOS BANCOS DE SANGRE Y EN LOS SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN CON CAPTACIÓN SANGUINEA.

EQUIPO MODULAR CON TECNOLOGÍA DE INMUNOENSAYO.

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN PRESTAMO TEMPORAL:

Se requiere un analizador automatizado en columnas de gel para Inmunoanálisis multiparamétrico, controles, reactivos y calibradores, sin pausas ni bloqueos o interrupciones, incluidas las muestras urgentes.

- Con sistema de lavado y lectura automático
- Capacidad de montar columnas de gel
- Verificación Espectrofotométrica de adición de muestras y reactivos
- Registro del equipo indicando fecha y hora.
- Grupo sanguíneo ABO directo e inverso y factor Rh.
- Fenotipo fuera del sistema ABO
- Pruebas de compatibilidad sanguínea.
- Prueba de Antiglobulina Humana Directa e Indirecta.
- Rastreo de Anticuerpos Irregulares.
- Identificación de Anticuerpos Irregulares.

CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO SOLICITADO PARA PAQUETE DE INMUNOHEMATOLOGIA DE BANCO DE SANGRE, SERVICIOS DE TRANSFUSION CON CAPTACION.

1. Equipo automatizado en columnas de gel para la determinación de grupo sanguíneo prueba ABO (directa e inversa) y Rh, prueba cruzada, pruebas de

fenotipos eritrocitarios fuera del sistema ABO, rastreo de anticuerpos irregulares, identificación de anticuerpos irregulares, prueba de anti globulina humana directa e indirecta.

2. Equipo automatizado con tecnología basada en columnas de gel.

3. Equipo que permita realizar de manera automática, 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 interfasarse
d.- Incubación a la temperatura requerida por el tipo de prueba	j.- Calibración automática
e.- Centrifugación automática de los cassete	k.- Código de barras para muestras y reactivos.
f.- Lectura automática de las tarjetas cassete	l.- Control de calidad integrado

RASTREO E IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES CONTRA ANTIGENOS ERITROCITARIOS

El Rastreo e Identificación de Anticuerpos Irregulares se realizaran en los Bancos de Sangre, Servicios de Transfusión con Captación.

- Un kit de semipanel y un kit de panel completo bimensual, 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, cumpliendo estas características y especificaciones.

ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS, LEUCOCITOS, LINFOCITOS Y PLAQUETAS.

Software, equipo acoplado o equipo automatizado de alta especificidad para realizar las pruebas de anticuerpos contra eritrocitos, leucocitios, linfocitos y plaquetas, estas pruebas solo se realizaran en el Hospital General Xoco.

- pruebas manuales de Inmunohematología (Grupo sanguineo ABO directo e inverso y Factor Rh, Prueba Cruzada) en columnas de gel de carácter urgente se realizarán en los Hospitales Generales: Gregorio Salas; Maternos Infantiles: Cuautepec, Inguaran, Magdalena Contreras, Nicolas M. Cedillo,; Pediatricos: Coyoacan, Legaria, Moctezuma y Villa (Material e insumos para realizar las pruebas de manera manual en columnas de gel).

5.- AFÉRESIS, RECAMBIO PLASMATICOS Y RESCATADOR CELULAR.

SE INDICAN LAS UNIDADES MÉDICAS Y LA DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN PRESTAMO 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;

-BANCO DE SANGRE.

- HOSPITAL GENERAL XOCO

-SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN CON CAPTACION.

- HOSPITAL GENERAL ENRIQUE CABRERA
- HOSPITAL GENERAL TICOMÁN
- HOSPITAL GENERAL RUBÉN LEÑERO

- HOSPITAL GENERAL BALBUENA
- HOSPITAL GENERAL LA VILLA

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 mono nucleares 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.

DESCRIPCIÓN DEL 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
		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.
	Centrifuga	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 vacio	Sistema de vacio 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

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

6.- PRUEBAS ESPECIALES.

PRUEBA DE FACTOR VIII.

Esta prueba se realizara en el Banco de Sangre del Hospital General Iztapalapa.

PRUEBA DE HEMOLISIS EN CONCENTRADOS ERITROCITARIOS.

SE SOLICITA EQUIPO DE MESA PARA LA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA TOTAL DE LOS CONCENTRADOS ERITROCITARIOS.

FACIL PORTABILIDAD.
POR PRINCIPIO DE ESPECTROFOTOMETRÍA.
CON MUESTRAS DE SANGRE VENOSA, CAPILAR O ARTERIAL.
RANGO DE MEDICIÓN DE 0 A 26.5 GR/DL.
RESULTADOS EN 10 SEGUNDOS.
VOLUMEN DE MUESTRA REQUERIDO DE 10 ML.
CORRELACIÓN DE 0.99 EN COMPARACIÓN CON EL MÉTODO DE REFERENCIA (ICSH).
CALIBRACIÓN DE FÁBRICA.
CON AUTOTEST DE CONTROL.
PERATURA DE SERVICIO DE 10°C A 40°C.
RFAZ A IMPRESORA Y PC.
ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA CON ADAPTADOR AC O PILAS, (CON PILAS INSTALADAS).

7.- CONTROL DE TERCERA OPINION PARA SEROLOGIA INFECCIOSA Y CONTROL MICROBIOLOGICO. (CONTROL DE CALIDAD)

CONTROL DE CALIDAD EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGICAS, PARA DETERMINACIONES SEROLOGICAS Y CONTROL MICROBIOLOGICO

CONTROL DE CALIDAD EXTERNO, EN LOS BANCOS DE SANGRE QUE CUENTEN CON DIAGNOSTICO DE SEROLOGÍA INFECCIOSA, CONVENIO CON EL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA Y LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

EL PROVEEDOR SUMINISTRARA LOS INSUMOS NECESARIOS A LOS BANCOS DE SANGRE PARA CUMPLIR CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-253-SSA1-2012, PARA LA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS EN LOS BANCOS DE SANGRE.

EL PROVEEDOR REALIZARA EL CONTROL DE CALIDAD MICROBIOLOGICO DE ACUERDO A LA NOM-253-SSA1-2012, PARA LA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS EN LOS BANCOS DE SANGRE AL 5% DE LA PRODUCTIVIDAD DEL BANCO DE SANGRE.

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 HOSPITALARÍA DE LA SECRETARÍA, CON ACCESO FÁCIL PARA DISPONIBILIDAD DEL INVENTARIO DE SANGRE DISPONIBLE.

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

- Que incluya interface en todos los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión con Captación, para integrar todos los equipos, unidades de cómputo en todas las recepciones y cada uno de los consultorios medicos, implementacion de identificacion del donador con identificacion de huellas digitales y camara web HD resolution.
- Emision de etiquetas con codigos de barra para cada uno de los tubos.
- Cumplir con las especificaciones del Centro Nacional de la Transfusión Sanguinea y cumplir con la Normatividad, asi como las actualizaciones que se encuentren vigentes.
- Instalacion en toda la Red Hospitalaria, en todas y cada uno de las Unidades Médicas el equipo necesario para el acceso a la disponibilidad de sangre.
- Capacitacion continua y actualizaciones, asi como el 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	
BANCO DE SANGRE	**NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO**
BANCO DE SANGRE, EN EL HOSPITAL GENERAL: o XOCO.	AGITADOR DE PLAQUETAS CON INCUBADOR
	BAÑO SECO/TERMOBLOQUE/BLOQUE TERMICO
	CONGELADOR PARA BANCO DE SANGRE VERTICAL DE 9.7 PIES CÚBICOS/274 LITROS DE CAPACIDAD. CON 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, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA.
	REFRIGERADOR PARA BANCO DE SANGRE DE 10 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS Y GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 °C, FRENTE 52.70 MM, FONDO 60.10 MM Y ALTURA 170.2 MM , COMPRESOR 1/8, PATAS AJUSTABLES, CON NO-BREAK, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA PARA EL ALMACENAMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS
	REFRIGERADOR PARA BANCO DE SANGRE DE 10 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS Y GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 °C, FRENTE 52.70 MM, FONDO 60.10 MM Y ALTURA 170.2 MM , COMPRESOR 1/8, PATAS AJUSTABLES, CON NO-BREAK, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA PARA EL ALMACENAMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS
	CENTRIFUGA REFRIGERADA PARA PARA BANCO DE SANGRE PARA EL

		FRACCIONAMIENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.	
		FRACCIONADOR AUTOMATIZADO (SEPARADORES AUTOMATIZADOS DE COMPONENTES SANGUINEOS)	
		HORNO DE SECADO	
		CENTRIFUGA SEROLOGICA DE MESA	
		SELLADORES DIELECTRICOS PARA SELLAR TUBERIA DE BOLSAS, FILTROS Y EQUIPOS DE AFERESIS	
		SILLONES PARA DONADORES	
		BALANZA MEZCLADORA Y DETECTORA DE PESO PARA BOLSA DE SANGRE	
		MÁQUINA DE AFÉRESIS.	
		PIPETA MULTICANAL 50- 500 UI.	
		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 TUBERIA	
		AGITADOR DE MICRO PLACAS	
		AGITADOR DE TUBOS.	
		CENTRIFUGA DE MESA	
		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 HEMODERIVADOS.	
		DESPLASMADOR AUTOMATICO.	
		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, IMPRESORAS, ETIQUETADORAS Y LECTOR DE CODIGO DE BARRAS
	SISTEMA EN RED PARA EXISTENCIAS SANGUÍNEAS
	EQUIPO AUTOMATIZADO DE COLUMNAS DE GEL PARA PRUEBAS CRUZADAS, GRUPO ABO DIRECTO E INVERSO Y FACTOR RH, FENOTIPOS, RASTREO E IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS
	EQUIPO AUTOMATIZADO PARA SEROLOGÍA INFECCIOSA
	AGREGONOMETRO (SOLO IZTAPALAPA)
	COAGULOMETRO (SOLO IZTAPALAPA)
	CITOMETRO (SOLO IZTAPALAPA)
	ANALIZADOR DE HEMATOLOGIA
	LECTOR DE MICRO PLACAS
	AIRE ACONDICIONADO PARA EQUIPOS QUE LO REQUIERAN

SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE SANGRE	
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	**NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO**
SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION EN LOS HOSPITALES: - HOSPITAL GENERAL BALBUENA - HOSPITAL GENERAL RUBEN LEÑERO - HOSPITAL GENERAL LA VILLA. - HOSPITAL GENERAL TICOMAN. - HOSPITAL GENERAL ENRIQUE CABRERA.	AGITADOR DE PLAQUETAS CON INCUBADOR
	BAÑO SECO/TERMOBLOQUE/BLOQUE TERMICO
	CONGELADOR PARA BANCO DE SANGRE VERTICAL DE 9.7 PIES CÚBICOS/274 LITROS DE CAPACIDAD. CON 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, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA.
	REFRIGERADOR PARA BANCO DE SANGRE DE 10 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS Y GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 °C, FRENTE 52.70 MM, FONDO 60.10 MM Y ALTURA 170.2 MM , COMPRESOR 1/8, PATAS

		AJUSTABLES, CON NO-BREAK, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA PARA EL ALMACENAMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS	
		REFRIGERADOR PARA BANCO DE SANGRE DE 10 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS Y GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 °C, FRENTE 52.70 MM, FONDO 60.10 MM Y ALTURA 170.2 MM , COMPRESOR 1/8, PATAS AJUSTABLES, CON NO-BREAK, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA PARA EL ALMACENAMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS	
		CENTRIFUGA REFRIGERADA PARA PARA BANCO DE SANGRE PARA EL FRACCIONAMIENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.	
		FRACCIONADOR AUTOMATIZADO (SEPARADORES AUTOMATIZADOS DE COMPONENTES SANGUINEOS)	
		HORNO DE SECADO	
		CENTRIFUGA SEROLOGICA DE MESA	
		SELLADORES DIELECTRICOS PARA SELLAR TUBERIA DE BOLSAS, FILTROS Y EQUIPOS DE AFERESIS	
		SILLONES PARA DONADORES	
		BALANZA MEZCLADORA Y DETECTORA DE PESO PARA BOLSA DE SANGRE	
		MÁQUINA DE AFÉRESIS.	
		PIPETAS AUTOMÁTICAS VOLUMEN VARIABLE 2-10 UI.	
		PIPETAS AUTOMÁTICAS VOLUMEN VARIABLE 200-1000 UI.	
		PIPETAS AUTOMÁTICAS VOLUMEN VARIABLE 40-200 UI	
		CONECTOR ESTÉRIL DE MANGUERA	
		AGITADOR DE MICRO PLACAS	
		AGITADOR DE TUBOS.	
		CENTRIFUGA DE MESA	
		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 HEMODERIVADOS.	

	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, IMPRESORAS, ETIQUETADORAS Y LECTOR DE CODIGO DE BARRAS
	SISTEMA EN RED PARA EXISTENCIAS SANGUÍNEAS
	EQUIPO AUTOMATIZADO EN COLUMNAS DE GEL PARA PRUEBAS CRUZADAS, GRUPO ABO DIRECTO E INVERSO Y FACTOR RH, FENOTIPOS, RASTREO E IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS
	ANALIZADOR DE HEMATOLOGIA
	LAVADORA DE MICRO PLACAS
	LECTOR DE MICRO PLACAS
	AIRE ACONDICIONADO PARA EQUIPOS QUE LO REQUIERAN

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

SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE	
SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE	**NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO**
SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE EN LOS HOSPITALES: - HOSPITAL PEDIATRICO MOCTEZUMA. - HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN. - HOSPITAL GENERAL GREGORIO SALAS. - HOSPITAL PEDIATRICO LEGARIA.	PROGRAMA DE CÓMPUTO INTEGRADO PARA BANCO DE SANGRE, CON COMPUTADORA, IMPRESORAS Y LECTOR DE CODIGO DE BARRAS.
	REFRIGERADOR PARA BANCO DE SANGRE DE 5 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS Y GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 °C, PATAS AJUSTABLES, CON NO-BREAK
	CONTENEDORES RESISTENTES, HERMÉTICOS, TERMOAISLANTES PARA EL TRANSPORTE DE HEMODERIVADOS.

↓ HOSPITAL MATERNO INFANTIL MAGDALENA CONTRERAS. ↓ HOSPITAL MATERNO INFANTIL N.M. CEDILLO. ↓ HOSPITAL PEDIATRICO COYOACAN. ↓ HOSPITAL PEDIATRICO VILLA. ↓ HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUAUTEPEC. ↓ HOSPITAL PEDIATRICO AZCAPOTZALCO (*). ↓ HOSPITAL PEDIATRICO IZTACALCO. (*) ↓ HOSPITAL PEDIATRICO SAN JUAN DE ARAGON. (*) ↓ HOSPITAL PEDIATRICO TACUBAYA. (*) ↓ HOSPITAL PEDIATRICO PERALVILLO. (*)	GRADILLAS PARA TUBOS. EQUIPOS PARA HACER PRUEBAS MANUALES EN COLUMNAS DE GEL PARA PRUEBAS CRUZADAS, GRUPO ABO DIRECTO E INVERSO Y FACTOR RH.

11.- REQUERIMIENTOS DE INSUMOS DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN. (LOS INSUMOS SE ENTREGARAN DE ACUERDO AL ANEXO 10).

- Torunderos y Torundas.
- Tubo sistema para toma y recolección de sangre, de plástico al vacío (13 x 75 mm) desechable para adulto con EDTA K2 (7.2 mg) aplicado por aspersión 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 al vacio (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
- Tubo sistema para toma y recolección de sangre, de plástico al vacío desechable pediatrico con EDTA K2 aplicado por aspersión en la pared del tubo, tapón lila, volumen de drenado 250-500 Ul. Etiquetados individualmente con número de lote y fecha de caducidad. Con tapón de seguridad. Estéril.
- Tubo para microrecolección para procesos automatizados, de plástico al vacío desechable pediatrico con EDTA K2 aplicado por aspersión en la pared del tubo, tapón lila, volumen de drenado 250-500 Ul. Etiquetados individualmente con número de lote y fecha de caducidad. Con tapón de seguridad. Estéril.
- 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).

- Torniquete plano de polil-propileno, libre de látex de 2.5 cm de ancho y 45 cm de largo.
- Torniquete reutilizable automatico (con una sola mano) libre de látex, de cinta Poliester y Lycra, de broche de POM y PC.
- 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 plaquetoferesis
- Conector estéril de tuberia de bolsas de banco de sangre.
- Insumos para los procedimientos del Equipo de aféresis, eritoroaferesis, leucoferesis y recambio plasmático
- Pipeta de vidrio blando, con punta alargada tipo Pasteur, para diversos usos. Longitud: 14.5 cm. NU 22.86
- 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.
- 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°.
- Iodopovidona solución al 11%.
- Detergente quirurgico, con cloruro de benzalconio 1g por cada 100 ml o Clorhexidina al 4%.
- Columnas de gel para el procesamiento de determinacion de Grupo Sanguineo, Prueba ABO (Directa e Inversa) y Rh, Prueba Cruzada, pruebas de fenotipos eritrocitarios fuera del sistema ABO, Rastreo de Anticuerpos Irregulares, Identificacion de anticuerpos irregulares, Prueba de Antiglobulina Humana Directa e/o Indirecta.

- 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.
- 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", para la detección de Anticuerpos de Tripanosomiasis americana (Chagas), para la detección de Anticuerpos de *Treponema pallidum* (Sífilis).
- Semi-panel y panel completo para rastreo de anticuerpos irregulares.
- Papel para impresión de resultados.
- Etiquetas de diversos tamaños y usos (etiquetado de Bolsa y tubos de recolección)
- Toner para impresoras.
- Termómetros para refrigeradores y congeladores.
- Todos los insumos necesarios desde la recepción del donante, hasta la entrega de la bolsa para ser transfundida.

El proveedor proporcionara 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 Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, Coordinación de banco de sangre y a la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos). Se proporcionara a la coordinación de bancos de sangre los requerimientos de equipo de cómputo para una eficiente coordinación de los establecimientos de sangre.

- **TRANSPORTE DE MUESTRAS PARA PRUEBAS SEROLOGICAS AL HOSPITAL GENERAL XOCO DE LOS HOSPITALES HG RUBEN LEÑERO, HG VILLA, BALBUENA, ENRIQUE CABRERA Y TICOMAN. Y TRASPORTE DE PRUEBAS DE NAT DEL HGXOCO AL HG IZTAPALAPA.**

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 Secretaria de Salud de la Ciudad de México, las áreas físicas en donde instalaran sus equipos analíticos y de apoyo operativo, las modificaciones o adecuaciones se realizaran siempre y cuando tengan la autorización de la Secretaria 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 EFECTIVAS 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, sin costo alguno para la Secretaria 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 realizara el mantenimiento preventivo y correctivo a todo el equipo necesario para la realización de las pruebas de Banco de Sangre.

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

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

17.- Presentar carta bajo protesta de decir la verdad, que 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.

ELABORA	SUPERVISA	AUTORIZA
ING. REBECA RODRÍGUEZ ROBLES JUD DE EQUIPOS, INSUMOS DE LABORATORIO E IMAGEN	ING. CLAUDIA PATRICIA QUIROZ FLORES SUBDIRECTORA DE TECNOLOGIA E INSUMOS	QFB. HECTOR SALGADO SCHOELLY DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGIA E INSUMOS

ANEXO 2
FICHA TÉCNICA
ZONA SUR

UNIDAD DE GOBIERNO: **SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.**	
ÁREA SOLICITANTE: **DIRECCIÓN GENERAL PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS**	PARTIDA PRESUPUESTAL: **3993**

Descripción Técnica del servicio: CLAVE SAICA:

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE: ZONA SUR

PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS DE BANCO DE SANGRE (HEMATOLOGIA, SEROLOGIA, INMUNOHEMATOLOGIA, PRUEBAS CONFIRMATORIAS, BOLSAS DE EXTRACCION, AFERESIS, AGREGONOMETRIA, CITOMETRIA DE FLUJO, SISTEMA INFORMATICO, TRANSPORTE DE MUESTRA PARA PRUEBAS DE SEROLOGIA DE LOS HOSPITALES: HOSPITAL GENERAL, AJUSCO MEDIO, TLAHUAC, IZTAPALAPA Y DE ESPECIALIDADES BELISARIO DOMÍNGUEZ Y CERTIFICACION DEL PROCESO) QUE INCLUYA LA INSTALACIÓN DE EQUIPOS AUTOMATIZADOS, DE EQUIPOS OPERATIVOS DE APOYO COMO: REFRIGERADORES, CONGELADORES, CENTRIFUGAS SEROLOGICA DE MESA (SEROFUGE), CENTRIFUGAS REFRIGERADAS PARA BANCO DE SANGRE, BLOQUE TERMICO, AGITADOR DE PLAQUETAS CON INCUBADOR, TERMOMETROS DIGITALES Y DE MERCURIO EN DISTINTAS ESCALAS, CRONOMETRO, FRACCIONADOR AUTOMATIZADO, EQUIPO AUTOMATIZADO PARA DESPLASMATIZAR, GRADILLAS DE 90 TUBOS DE ENSAYE, TORUNDERAS, PINZAS HEMOSTATICAS, PINZAS DE RODILLO, TIJERAS QUIRURGICAS, PORTATERMOMETROS DE ACERO INOXIDABLE, SELLADORES DIELECTRICOS PARA SELLAR TUBERIA DE BOLSAS, FILTROS Y EQUIPOS DE AFERESIS, SILLONES PARA DONACION, BALANZA MEZCLADORA Y DETECTORA DE PESO PARA BOLSA DE SANGRE, BALANZA GRANATARIA O DE DOBLE PLATILLO, PIPETAS AUTOMATICAS, ROTOR AUTOMATICO, 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 DE LA CIUDAD DE MEXICO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE TODOS LOS 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.

QUE INCLUYE, PRUEBAS Y EQUIPO EN PRESTAMO TEMPORAL DE;

1.- SEROLOGIA INFECCIOSA.

PRUEBAS DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
PRUEBAS DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C.
PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B.
PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA *Treponema pallidum* (Sífilis).
PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS).
ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA.

2.- HEMATOLOGÍA.

HEMATOLOGÍA

3.- BOLSAS Y FILTROS.

BOLSAS CUADRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES.
BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES.
BOLSAS DE TRANSFERENCIA 4-6 BOLSAS UNIDAS 150 O 100Ml.
BOLSAS DE TRANSFERENCIA 150 o 300 mL.
FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCIR CONCETRADOS ERITROCITRARIOS.

4.- INMUNOHEMATOLOGIA (AUTOMATIZADA Y MANUAL) EN COLUMNAS DE GEL.

DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.
PRUEBA CRUZADA.
TARJETAS DE GEL O ESFERAS DE VIDRIO PARA DETERMINACIÓN INMUNOHEMATOLÓGICAS.
FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS).
PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA.
RASTREO DE ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS.

LEUCOCITOS RESIDUALES DE HEMOCOMPONENTES POR CITOMETRIA DE FLUJO.
RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES
IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGUALES
ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS.
ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS.
ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS.
ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS.

5.- PRUEBAS CONFIRMATORIAS.

PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS.

6.- AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO.

EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS.
OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH.
RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS.

7.- PRUEBAS ESPECIALES.

CITOMETRIA DE FLUJO CD34.
ESTUDIOS DE AGREGROMETRIA AUTOMATIZADA.
PRUEBA DE FACTOR VIII.
PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS.

8.- CONTROL DE CALIDAD.

CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGÍCAS.
CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS.
CONTROL MICROBIOLOGICO.

9.- SISTEMA INFORMÁTICO.

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

11.- NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO OPERATIVO DE APOYO POR SERVICIO DE TRANSFUSION

12.- REQUERIMIENTOS DE INSUMOS DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN

13.- TRANSPORTE DE MUESTRA PARA PRUEBAS DE SEROLOGIA Y NAT, DE LOS HOSPITALES HOSPITAL IZTAPALAPA, DE ESPEICIALIDADES DR. BELISARIO DOMINGUEZ, HOSPITAL GENERAL TLAHUAC, HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO.

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

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

16.- REGISTRO SANITARIO

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, PROTECCIÒN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS-BIOLÒGICO-INFECCIOSOS. CLASIFICACIÒN 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** a) Documentación Técnica presentada en la Propuesta Técnica, debidamente referenciada. b) Evaluación de los documentos de calidad y COFEPRIS debidamente registrados de acuerdo a lo solicitado en las bases. c) 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. 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	Condiciones De Almacenamiento: Indicadas por el fabricante, en el marbete de Producto Terminado Autorizado y en el envase primario y secundario.

ENTREGAS:
En las Unidades Médicas de acuerdo a las necesidades de cada una. El conteo de pruebas se realizara el día 26 de cada mes o el siguiente día hábil, si no es laboral.

OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL SERVICIO:

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE CADA NUMERAL.

1.- SEROLOGIA INFECCIOSA.

LA SEROLOGIA SE REALIZARA EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA.

EQUIPO BANCO DE SANGRE

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN PRESTAMO 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 automatica 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 interfasable 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 coagulo 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, HVC y HBsAg de la misma marca.

CARACTERÍSTICAS DE LOS REACTIVOS PARA BANCO DE SANGRE:

SEROLOGIA PARA VIH:

Debe contener los antígenos recombinantes, para la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1, incluidos M y O, o 2, y antígeno p24 de VIH.

- Debe presentar alta sensibilidad diagnostica 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.

SEROLOGIA PARA HEPATITIS C:

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

SEROLOGIA PARA 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.

SEROLOGIA PARA SIFILIS

Prueba para determinación de anticuerpos contra *Treponema pallidum* (Sífilis).

- Debe presentar sensibilidad igual al < 0.8 unidades/ml.
- Debe presentar un IC igual o mayor al 95%.
- 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.

SEROLOGIA PARA CHAGAS:

Prueba para determinación de anticuerpos para la *Tripanosoma cruzi* (enfermedad de chagas)

- Debe presentar sensibilidad igual al < 0.1 unidades/ml.
- Debe presentar un IC igual o mayor al 95%.
- 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.

ROSA DE BENGALA.

- 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.

2.- HEMATOLOGÍA

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

ESTA PRUEBA SE REALIZARA EN TODOS LOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE LA RED HOSPITALARIA.

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL:

Equipo automatizado con velocidad de 60 Pruebas por hora para los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión con Captación.

Todos los equipos, deben determinar por lo menos de 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 den 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.

3.- BOLSAS Y FILTROS.

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, ASTICO TOTM P/PLAQ. 5 DIAS, SISTEMA TOP AND BOTTOM, PROTECTOR DE AGUJA, CAL 16 G, TRIBICELADA Y SILICONIZADA, EN EMPAQUE DE ALUMINIO.

BOLSA TRANSFER PEDIÁTRICA DE 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.

4.- INMUNOHEMATOLOGIA (AUTOMATIZADA O MANUAL). ESTAS PRUEBA SE REALIZARA DE MANERA AUTOMATIZADA EN TODOS LOS BANCOS DE SANGRE Y EN LOS SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN CON CAPTACIÓN SANGUINEA.

EQUIPO MODULAR CON TECNOLOGÍA DE INMUNOENSAYO.

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL:

Se requiere un analizador automatizado en columnas de gel para Inmunoanálisis multiparamétrico, controles, reactivos y calibradores, sin pausas ni bloqueos o interrupciones, incluidas las muestras urgentes.

- Con sistema de lavado y lectura automático
- Capacidad de montar columnas de gel
- Verificación Espectrofotométrica de adición de muestras y reactivos
- Registro del equipo indicando fecha y hora.
- Grupo sanguíneo ABO directo e inverso y factor Rh.
- Fenotipo fuera del sistema ABO
- Pruebas de compatibilidad sanguínea.
- Prueba de Antiglobulina Humana Directa e indirecta.
- Rastreo de Anticuerpos Irregulares.
- Identificación de Anticuerpos Irregulares.

CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO SOLICITADO PARA PAQUETE DE INMUNOHEMATOLOGIA DE BANCO DE SANGRE, SERVICIOS DE TRANSFUSION CON CAPTACION.

1. Equipo automatizado en columnas de gel para la determinación de grupo sanguíneo prueba ABO (directa e inversa) y Rh, prueba cruzada, pruebas de fenotipos eritrocitarios fuera del sistema ABO, rastreo de anticuerpos irregulares, identificación de anticuerpos irregulares, prueba de antiglobulina humana directa.
2. Equipo automatizado con tecnología basada en columnas de gel.
3. Equipo que permita realizar de manera automática, 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 interfasarse
d.- Incubación a la temperatura requerida por el tipo de prueba	j.- Calibración automática
e.- Centrifugación automática de los cassete	k.- Código de barras para muestras y reactivos.
f.- Lectura automática de las tarjetas cassete	l.- Control de calidad integrado

RASTREO E IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES CONTRA ANTIGENOS ERITROCITARIOS

El Rastreo e Identificación de Anticuerpos Irregulares se realizaran en los Bancos de Sangre, Servicios de Transfusión con Captación.

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

ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS, LEUCOCITOS, LINFOCITOS Y PLAQUETAS.

Software, equipo acoplado o equipo automatizado de alta especificidad para realizar las pruebas de anticuerpos contra eritrocitos, leucocitos, linfocitos y plaquetas, estas pruebas solo se realizaran en el Hospital General Iztapalapa.

Las pruebas manuales de Inmunohematología (Grupo sanguíneo ABO directo e inverso y Factor Rh, Prueba Cruzada) en columnas de gel de carácter urgente se realizarán en los Hospitales Generales: Milpa Alta, Emiliano Zapata y Torre Medica Tepepan; Hospitales Pediátricos: Iztapala; Materno-Infantil: Tlahuac, Topilejo, Xochimilco (Material e insumos para realizar las pruebas de manera manual en columnas de gel).

5.- PRUEBAS CONFIRMATORIAS.

PRUEBA CONFIRMATORIA DE SIFILIS QUE CUMPLA CON LO ESPECIFICADO EN LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-253-SSA1-2012, ESTA PRUEBA SE REALIZARA EN UN LABORATORIO ACREDITADO Y/O CERTIFICADO (SERVICIO SUBROGADO) EL CUAL SERA RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR EL TRASLADO DE LAS MUESTRAS PARA SU PROCESO Y LA ENTREGA DE RESULTADOS EN EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE O SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION.

6.- 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

-SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN CON CAPTACION.

- HOSPITAL GENERAL BELISARO DOMÍNGUEZ
- 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.

DESCRIPCIÓN DEL 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
			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.
		Centrifuga	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 PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS, EN LOS HOSPITALES GENERALES QUE SE REQUIERA POR EVENTO.

7.- COAGULACION (FACTOR VIII), AGREGONOMETRÍA, CITOMETRÍA DE FLUJO Y CONTROL DE TERCERA OPINION PARA SEROLOGIA INFECCIOSA (CONTROL DE CALIDAD)

ESTOS PROCEDIMIENTOS O PRUEBAS SE REALIZARAN EN EL BANCO CENTRAL DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALA O SUBROGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE PRESENTE LA DOCUMENTAL PERTINENTE QUE SE REALIZA CON LOS EQUIPOS CON TECNOLOGIA MAYOR O IGUAL A LA QUE SE DESCRIBE A CONTINUACION:

CARACTERISTICAS TECNICAS:

COAGULACION (FACTOR VIII)

DESCRIPCION DEL EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL

- Equipo semiautomatizado para el análisis de PT, APTT, Factor VIII, etc.
- Instrumento de mesa compacto.
- Fundamento en tecnología: Turbo-densímetro, Óptico-mecánico.
- 2 canales de medición con cubierta protectora a la luz
- Fuente de luz de LED con ajuste automático
- Análisis en plasma citrado
- Suspensión de la muestra menor a 500 Ul
- Impresión de resultados

AGREGACION PLAQUETARIA (CONTROL DE CALIDAD PARA PLASMA RICO EN PLAQUETAS)

DESCRIPCION DEL EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL

- Equipo automatizado para el análisis de Agregonometria 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
- Control automático de temperatura y de velocidad de agitación
- Computadora con monitor.
- Software agro-link para el manejo de resultados y graficas en forma automatizada.
- Panel de pruebas: Trombina, Colágeno, Ácido Araquidónico, Ristocetina, ADP y Epidefrina.
- La presentación de los reactivos debe ser separado.
- Impresora grafica adicional.

CITOMETRO DE FLUJO

PRUEBA CD34 PARA CONTROLES DE CALIDAD EN PLASMA Y PAQUETES ERITROCITARIOS LEUCORREDUCIDOS.

- Láser de Argón de 488 nm, 15 mW y enfriado por aire para 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 y 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 e impresora HP Desk Jet.
- Software de propósito general para manejo del Clitómetro de Flujo, adquisición, análisis y reporte de datos en valores absolutos.
- Ingenieros de servicio con experiencia comprobable en el área de citometria de flujo.
- Asesoría en aplicaciones clínicas en las instalaciones del laboratorio cada vez que se requiera en un plazo no mayor de 24 horas.

PRUEBA DE HEMOLISIS.

SE SOLICITA EQUIPO DE MESA PARA LA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA TOTAL DE LOS CONCENTRADOS ERITROCITARIOS.

FACIL PORTABILIDAD.
POR PRINCIPIO DE ESPECTROFOTOMETRÍA.
CON MUESTRAS DE SANGRE VENOSA, CAPILAR O ARTERIAL.
RANGO DE MEDICIÓN DE 0 A 26.5 GR/DL.
RESULTADOS EN 10 SEGUNDOS.
VOLUMEN DE MUESTRA REQUERIDO DE 10 ML.
CORRELACIÓN DE 0.99 EN COMPARACIÓN CON EL MÉTODO DE REFERENCIA (ICSH).
CALIBRACIÓN DE FÁBRICA.
CON AUTOTEST DE CONTROL.
TEMPERATURA DE SERVICIO DE 10°C A 40°C.
INTERFAZ A IMPRESORA Y PC.
ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA CON ADAPTADOR AC O PILAS, (CON PILAS INSTALADAS).

8.- CONTROL DE CALIDAD.

CONTROL DE CALIDAD EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLOGICAS Y PARA DETERMINACIONES SEROLOGICAS

- CONTROL DE CALIDAD EXTERNO, EN LOS BANCOS DE SANGRE QUE CUENTEN CON DIAGNOSTICO DE SEROLOGÍA INFECCIOSA, CONVENIO CON EL CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA Y LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

- EL PROVEEDOR SUMINISTRARA LOS INSUMOS NECESARIOS A LOS BANCOS DE SANGRE PARA CUMPLIR CON LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-

253-SSA1-2012, PARA LA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS EN LOS BANCOS DE SANGRE.

- EL PROVEEDOR REALIZARA EL CONTROL DE CALIDAD MICROBIOLOGICO DE ACUERDO A LA NOM-253-SSA1-2012, PARA LA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS EN LOS BANCOS DE SANGRE AL 5% DE LA PRODUCTIVIDAD DEL BANCO DE SANGRE.

9.- 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 HOSPITALARÍA DE LA SECRETARÍA, CON ACCESO FÁCIL PARA DISPONIBILIDAD DEL INVENTARIO DE SANGRE DISPONIBLE.

DESCRIPCIÓN SISTEMA INFORMÁTICO PARA ADMINISTRACIÓN TOTAL, (EQUIPO EN PRESTAMO TEMPORAL).

- Que incluya interface en todos los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión con Captación, para integrar todos los equipos, unidades de cómputo en todas las recepciones y cada uno de los consultorios médicos, implementación de identificación del donador con identificación de huellas digitales y cámara web HD resolution.
- Emisión de etiquetas con códigos de barra para cada uno de los tubos.
- Cumplir con las especificaciones del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y cumplir con la Normatividad, así como las actualizaciones que se encuentren vigentes.
- Instalación en toda la Red Hospitalaria, en todas y cada uno de las Unidades Médicas el equipo necesario para el acceso a la disponibilidad de sangre.
- Capacitación continua y actualizaciones, así como el Mantenimiento y Servicio a toda la Red Hospitalaria, para el enlace del sistema informático.

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

BANCOS DE SANGRE	
BANCO DE SANGRE	**NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO**
BANCOS DE SANGRE EN EL HOSPITAL GENERALE: o IZTAPALAPA.	AGITADOR DE PLAQUETAS CON INCUBADOR
	BAÑO SECO/TERMOBLOQUE/BLOQUE TERMICO
	CONGELADOR PARA BANCO DE SANGRE VERTICAL DE 9.7 PIES CÚBICOS/274 LITROS DE CAPACIDAD. CON 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, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA.
	REFRIGERADOR PARA BANCO DE SANGRE DE 10 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS Y GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 °C, FRENTE 52.70 MM, FONDO 60.10 MM Y ALTURA 170.2 MM , COMPRESOR 1/8, PATAS AJUSTABLES, CON NO-BREAK, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y

		FDA PARA EL ALMACENAMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS	
		REFRIGERADOR PARA BANCO DE SANGRE DE 10 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS Y GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 °C, FRENTE 52.70 MM, FONDO 60.10 MM Y ALTURA 170.2 MM , COMPRESOR 1/8, PATAS AJUSTABLES, CON NO-BREAK, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA PARA EL ALMACENAMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS	
		CENTRIFUGA REFRIGERADA PARA BANCO DE SANGRE PARA EL FRACCIONAMIENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.	
		FRACCIONADOR AUTOMATIZADO (SEPARADORES AUTOMATIZADOS DE COMPONENTES SANGUINEOS)	
		HORNO DE SECADO	
		CENTRIFUGA SEROLOGICA DE MESA	
		SELLADORES DIELECTRICOS PARA SELLAR TUBERIA DE BOLSAS, FILTROS Y EQUIPOS DE AFERESIS	
		SILLONES PARA DONADORES	
		BALANZA MEZCLADORA Y DETECTORA DE PESO PARA BOLSA DE SANGRE	
		MÁQUINA DE AFÉRESIS.	
		PIPETA MULTICANAL 50- 500 UI.	
		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 TUBERIA	
		AGITADOR DE MICRO PLACAS	
		AGITADOR DE TUBOS.	
		CENTRIFUGA DE MESA	
		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 HEMODERIVADOS.
	DESPLASMADOR AUTOMATICO.
	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, IMPRESORAS, ETIQUETADORAS Y LECTOR DE CODIGO DE BARRAS
	SISTEMA EN RED PARA EXISTENCIAS SANGUÍNEAS
	EQUIPO AUTOMATIZADO DE COLUMNAS DE GEL PARA PRUEBAS CRUZADAS, GRUPO ABO DIRECTO E INVERSO Y FACTOR RH, FENOTIPOS, RASTREO E IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS
	EQUIPO AUTOMATIZADO PARA SEROLOGÍA INFECCIOSA
	AGREGONOMETRO (SOLO IZTAPALAPA)
	COAGULOMETRO (SOLO IZTAPALAPA)
	CITOMETRO (SOLO IZTAPALAPA)
	ANALIZADOR DE HEMATOLOGIA
	LECTOR DE MICRO PLACAS
	AIRE ACONDICIONADO PARA EQUIPOS QUE LO REQUIERAN

SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION DE SANGRE	
SERVICIO DE TRANSFUSIÓN	**NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO**
SERVICIO DE TRANSFUSION CON CAPTACION EN LOS HOSPITALES: + HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	AGITADOR DE PLAQUETAS CON INCUBADOR
	BAÑO SECO/TERMOBLOQUE/BLOQUE TERMICO

	BELISARIO DOMINGUEZ. - HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO - HOSPITAL GENERAL TLAHUAC.	CONGELADOR PARA BANCO DE SANGRE VERTICAL DE 9.7 PIES CÚBICOS/274 LITROS DE CAPACIDAD. CON 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, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA.
		REFRIGERADOR PARA BANCO DE SANGRE DE 10 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS Y GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 °C, FRENTE 52.70 MM, FONDO 60.10 MM Y ALTURA 170.2 MM , COMPRESOR 1/8, PATAS AJUSTABLES, CON NO-BREAK, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA PARA EL ALMACENAMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS
		REFRIGERADOR PARA BANCO DE SANGRE DE 10 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS Y GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 °C, FRENTE 52.70 MM, FONDO 60.10 MM Y ALTURA 170.2 MM , COMPRESOR 1/8, PATAS AJUSTABLES, CON NO-BREAK, QUE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE AABB, ANRC y FDA PARA EL ALMACENAMIENTO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS
		CENTRIFUGA REFRIGERADA PARA BANCO DE SANGRE PARA EL FRACCIONAMIENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.
		FRACCIONADOR AUTOMATIZADO (SEPARADORES AUTOMATIZADOS DE COMPONENTES SANGUINEOS)
		HORNO DE SECADO
		CENTRIFUGA SEROLOGICA DE MESA
		SELLADORES DIELECTRICOS PARA SELLAR TUBERIA DE BOLSAS, FILTROS Y EQUIPOS DE AFERESIS
		SILLONES PARA DONADORES
		BALANZA MEZCLADORA Y DETECTORA DE PESO PARA BOLSA DE SANGRE
		MÁQUINA DE AFÉRESIS.
		PIPETAS AUTOMÁTICAS VOLUMEN VARIABLE 2-10 UI.
		PIPETAS AUTOMÁTICAS VOLUMEN VARIABLE 200-1000 UI.
		PIPETAS AUTOMÁTICAS VOLUMEN VARIABLE 40-200 UI
		CONECTOR ESTÉRIL DE MANGUERA
		AGITADOR DE MICRO PLACAS
		AGITADOR DE TUBOS.
		CENTRIFUGA DE MESA

	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 HEMODERIVADOS.
	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, IMPRESORAS, ETIQUETADORAS Y LECTOR DE CODIGO DE BARRAS
	SISTEMA EN RED PARA EXISTENCIAS SANGUÍNEAS
	EQUIPO AUTOMATIZADO EN COLUMNAS DE GEL PARA PRUEBAS CRUZADAS, GRUPO ABO DIRECTO E INVERSO Y FACTOR RH, FENOTIPOS, RASTREO E IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS
	ANALIZADOR DE HEMATOLOGIA
	LAVADORA DE MICRO PLACAS
	LECTOR DE MICRO PLACAS
	AIRE ACONDICIONADO PARA EQUIPOS QUE LO REQUIERAN

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

SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE	
SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE	**NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO**
SERVICIO DE TRANSFUSION SIN CAPTACION DE SANGRE EN LOS HOSPITALES: - HOSPITAL GENERAL EMILIANO ZAPATA. - HOSPITAL GENERAL MILPA ALTA. - HOSPITAL GENERAL TORRE MEDICA TEPEPAN. - HOSPITAL MATERNO INFANTIL TLAHUAC. - HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOPILEJO. - HOSPITAL PEDIATRICO IZTAPALAPA. - HOSPITAL MATERNO PEDIATRICO XOCHIMILCO.	PROGRAMA DE CÓMPUTO INTEGRADO PARA BANCO DE SANGRE, CON COMPUTADORA, IMPRESORAS Y LECTOR DE CODIGO DE BARRAS. REFRIGERADOR PARA BANCO DE SANGRE DE 5 PIES CÚBICOS DE CAPACIDAD, CON PUERTA DE CRISTAL Y CON DIVISIONES, AL INTERIOR DE ACERO INOXIDABLE, ENFRIAMIENTO COMPRESOR HERMETICO, CON ALARMAS SONORAS Y GRAFICAS, CONTROLADOR MICROPROCESADOR, TEMPERATURA DE 2 A 8 °C, PATAS AJUSTABLES, CON NO-BREAK CONTENEDORES RESISTENTES, HERMÉTICOS, TERMOAISLANTES PARA EL TRANSPORTE DE HEMODERIVADOS. GRADILLAS PARA TUBOS. EQUIPOS PARA HACER PRUEBAS MANUALES EN COLUMNAS DE GEL PARA PRUEBAS CRUZADAS, GRUPO ABO DIRECTO E INVERSO Y FACTOR RH.

12.- REQUERIMIENTOS DE INSUMOS DE LOS BANCOS DE SANGRE, CENTROS DE CAPTACIÓN Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN. (LOS INSUMOS SE ENTREGARAN DE ACUERDO AL ANEXO 10).

- Torunderos y Torundas.
- Tubo sistema para toma y recolección de sangre, de plástico al vacío (13 x 75 mm) desechable para adulto con EDTA K2 (7.2 mg) aplicado por aspersión 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 al vacio (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
- Tubo sistema para toma y recolección de sangre, de plástico al vacío desechable pediátrico con EDTA K2 aplicado por aspersión en la pared del tubo, tapón lila, volumen de drenado 250-500 Ul. Etiquetados individualmente con número de lote y fecha de caducidad. Con tapón de seguridad. Estéril.
- Tubo para micro recolección para procesos automatizados, de plástico al vacío desechable pediátrico con EDTA K2 aplicado por aspersión en la pared del tubo, tapón lila, volumen de drenado 250-500 Ul. Etiquetados individualmente con número de lote y fecha de caducidad. Con tapón de seguridad. Estéril.
- 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).

- Torniquete plano de polil-propileno, libre de látex de 2.5 cm de ancho y 45 cm de largo.
- Torniquete reutilizable automático (con una sola mano) libre de látex, de cinta Poliéster y Lycra, de broche de POM y PC.
- 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 leuco reducción
- Equipo de plaquetoferesis
- Conector estéril de tubería de bolsas de banco de sangre.
- Insumos para los procedimientos del Equipo de aféresis, eritoroaferesis, leucoferesis y recambio plasmático
- Pipeta de vidrio blando, con punta alargada tipo Pasteur, para diversos usos. Longitud: 14.5 cm UN 22.86
- 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.
- 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°.
- Iodopovidona solución al 11%.
- Detergente quirúrgico, con cloruro de benzalconio 1g por cada 100 ml o Clorhexidina al 4%.
- Columnas de gel para el procesamiento de determinación de Grupo Sanguíneo, Prueba ABO (Directa e Inversa) y Rh, Prueba Cruzada, pruebas de fenotipos eritrocitarios fuera del sistema ABO, Rastreo de Anticuerpos Irregulares, Identificación de anticuerpos irregulares, Prueba de Antiglobulina Humana Directa e/o Indirecta.

- 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.
- 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", para la detección de Anticuerpos de Tripanosomiasis americana (Chagas), para la detección de Anticuerpos de *Treponema pallidum* (Sífilis).
- Semi-panel y panel completo para rastreo de anticuerpos irregulares.
- Papel para impresión de resultados.
- Etiquetas de diversos tamaños y usos (etiquetado de Bolsa y tubos de recolección)
- Tóner para impresoras.
- Termómetros para refrigeradores y congeladores.
- Todos los insumos necesarios desde la recepción del donante, hasta la entrega de la bolsa para ser transfundida.

El proveedor proporcionara 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 Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, Coordinación de banco de sangre y a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología). Se proporcionara a la coordinación de bancos de sangre los requerimientos de equipo de cómputo para una eficiente coordinación de los establecimientos de sangre.

13.- TRANSPORTE DE MUESTRA PARA PRUEBAS DE SEROLOGIA Y NAT AL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA, DE LOS HOSPITALES HOSPITAL IZTAPALAPA, DE ESPEICIALIDADES DR. BELISARIO DOMINGUEZ, HOSPITAL GENERAL TLAHUAC, HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO.

14.- 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 Secretaria de Salud de la Ciudad de México, las áreas físicas en donde instalaran sus equipos analíticos y de apoyo operativo, las modificaciones o adecuaciones se realizaran siempre y cuando tengan la autorización de la Secretaria de Salud, guardando las características estéticas y de calidad correspondientes para el buen funcionamiento del servicio.

15.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS ANALITICOS Y DE APOYO PARA REALIZAR LAS PRUEBAS EFECTIVAS 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, sin costo alguno para la Secretaria 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 realizara el mantenimiento preventivo y correctivo a todo el equipo necesario para la realización de las pruebas de Banco de Sangre.

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 la verdad, que 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.

ELABORA	SUPERVISA	AUTORIZA
ING. REBCA RODRÍGUEZ ROBLES JUD DE EQUIPOS, INSUMOS DE LABORATORIO E IMAGEN	ING. CLAUDIA PATRICIA QUIROZ FLORES SUBDIRECTORA DE TECNOLOGIA E INSUMOS	QFB. HECTOR SALGADO SCHOELLY DIRECTOR DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGIA E INSUMOS

ANEXO 2
FICHA TÉCNICA
NAT

UNIDAD DE GOBIERNO: **SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.**	
ÁREA SOLICITANTE: **DIRECCIÓN GENERAL PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS**	PARTIDA PRESUPUESTAL: **3993**

Descripción Técnica del servicio: CLAVE SAICA:

PARA LA CONTRATACIÓN DE PRUEBAS DE ACIDOS NUCLEICOS NAT.

QUE INCLUYE, PRUEBAS Y EQUIPO EN PRESTAMO TEMPORAL DE ANALISIS DE ACIDOS NUCLEICOS (NAT), EN EL BANCO CENTRAL DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA, LOS LICITANTES QUE PARTICIPENJ EN ESTA PARTIDA DEBERAN DE INTERFAZAR SU EQUIPO CON EL PROGRAMA INFORMATICO QUE SE INSTALE EN EL BANCO DE SANGRE HACIENDOSE RESPONSABLE DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE CORRESPONDAN.

1.- PRUEBAS DE NAT.

2.- ADECUACION DEL AREA SI ES NECESARIO EN DONDE SE INSTALARA EL EQUIPO, PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.

3.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DEL EQUIPO ANALITICO Y DE APOYO PARA REALIZAR LAS PRUEBAS EFECTIVAS DE BANCO DE SANGRE.

4.- REGISTRO SANITARIO

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

6.- 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, PROTECCIÒN AMBIENTAL-SALUD AMBIENTAL-RESIDUOS PELIGROSOS-BIOLÒGICO-INFECCIOSOS. CLASIFICACIÒN 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** a) Documentación Técnica presentada en la Propuesta Técnica, debidamente referenciada. b) Evaluación de los documentos de calidad y COFEPRIS debidamente registrados de acuerdo a lo solicitado en las bases. c) 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. 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	Condiciones De Almacenamiento: Indicadas por el fabricante, en el marbete de Producto Terminado Autorizado y en el envase primario y secundario.

ENTREGAS:
En las Unidades Médicas de acuerdo a las necesidades de cada una. El conteo de pruebas se realizara el día 26 de cada mes o el siguiente día hábil, si no es laboral.

OTRAS PRESCRIPCIONES APLICABLES AL SERVICIO:

PRUEBAS:

- HIV.
- HVC
- HVB

DESCRIPCIÓN DE EQUIPO EN DEMOSTRACIÓN TEMPORAL:

Analizador automático de detección de RNA o DNA viral, para el análisis por medio de amplificación, que se a capaz de:

- Análisis de amplificación de ácidos nucleídos para Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH 1 y VIH 2), Virus de la Hepatitis C y Virus de la Hepatitis B.
- Analizar muestras individualmente o en pooles.
- Reactivos listos para usarse.
- El proceso de amplificación debe de ser en tiempo real.
- El proceso de las muestras debe de ser automatizado.
- El rendimiento y el tiempo de proceso de las muestras debe de ser acorde con la productividad solicitada en el Anexo 1 C.

2.- ADECUACION DEL AREA SI ES NECESARIO EN DONDE SE INSTALARA EL EQUIPO, PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO.

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

3.- MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS ANALITICOS Y DE APOYO PARA REALIZAR LAS PRUEBAS EFECTIVAS 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, sin costo alguno para la Secretaria 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 realizara el mantenimiento preventivo y correctivo a todo el equipo necesario para la realización de las pruebas de Banco de Sangre.

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

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

6.- Presentar carta bajo protesta de decir la verdad, que 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.

ANEXO 2A

(CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO)

ANEXO 2 A CONDICIONES GENERALES DEL SERVICIO

Unidad de Gobierno: Secretaría de Salud de la Ciudad de México	
Área Solicitante Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias	
Clave CAMBS:	Partida Presupuestal: 3993

Descripción Técnica del servicio:

SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE: ZONA NORTE Y ZONA SUR

PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE (HEMATOLOGIA, SEROLOGIA, INMUNOHEMATOLOGIA, PRUEBAS CONFIRMATORIAS, BOLSAS DE EXTRACCION, AFERESIS, AGREGONOMETRIA, CITOMETRIA DE FLUJO, SISTEMA INFORMATICO, TRANSPORTE DE MUESTRA PARA PRUEBAS DE SEROLOGIA DE LOS HOSPITALES HOSPITAL GENERAL VILLA, TICOMAN, AJUSCO MEDIO, TLAHUAC, XOCO, BELISARIO DOMINGUEZ, ENRIQUE CABRERA) 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, VEHICULO PARA TRANSPORTE Y TRASLADO DE MUESTRAS SANGUINEAS, 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 DE LA CIUDAD DE MEXICO 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 DEBERA 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 esta 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 Secretaria 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 Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, con copia a la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos, 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 Secretaria 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 ò 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 Banco de Sangre de la Secretaria 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 Prestación de Servicios Médicos y Urgencias y a la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos, para ser repuesto en un plazo máximo de 3 días, este faltante se entregará, con nota de remisión sin cargo para la Secretaria 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, que se realiza en los BANCOS DE SANGRE de la Secretaria 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 nuevos o funcionalmente nuevos, con tecnología de punta, aceptándose como fecha de fabricación máxima de tres años (2017).

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 complementos requeridos se describen en el **Anexo 2.**

Los equipos propuestos por el proveedor para el Servicio Integral de Banco de Sangre, 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 tres 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, 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 Secretaria 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 substitución de los equipos reportados.
- El proveedor deberá entregar un sistema de comunicación confiable para cada Banco de sangre, a la Coordinación Operativa de Banco de Sangre y Servicio de Transfusión y a la J.U.D. de Equipos, 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 optimas 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 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 **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 Secretaria de Salud de la Ciudad de México requiere el Servicio Integral de Banco de Sangre 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.- CAPACITACIÓN

El licitante deberá presentar un Programa Teórico - Práctico y Calendario de Capacitación para el manejo, operación y funcionamiento de los equipos, así como el sistema informático propio de cada equipo (manejo de software y hardware), comprometiéndose mediante Carta Compromiso a capacitar al 100% del personal operario a través de un curso teórico-práctico. Este proceso de capacitación iniciará a partir del fallo, y debe considerar al personal de los

diferentes turnos de cada una de las Unidades Médicas de la Red de "La Convocante" (Anexo 6), incluyendo al personal de fines de semana y días festivos.

El número de personas a capacitar será de acuerdo al formato de capacitación Anexo 7.

El calendario de capacitación deberá considerar haberse concluido a más tardar a la puesta en operación de los equipos.

El licitante que resulte ganador deberá presentar un calendario de cursos de capacitación con fechas exactas por cada equipo en operación. El Programa de Capacitación incluirá la plantilla de personal que impartirá los cursos, anexando la Curricula Vitae de cada uno, donde se acredite su experiencia profesional (Químico, Médico o profesional de área a fin) en el manejo de los reactivos y equipos, avalado por el fabricante o distribuidor.

El sitio y el tiempo de la capacitación, puede ser en las instalaciones que designe el licitante que resulte ganador o en las unidades médicas, con base a las necesidades y disponibilidad del personal de "La Convocante" y previo acuerdo con la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias.

El temario invariablemente deberá incluir: fundamento del equipo, descripción del mismo, operación que incluya control de calidad y calibración del equipo, mantenimiento por el operador, manejo y administración de archivo y datos "resolución de problemas más frecuentes", y guía rápida. El temario propuesto por el licitante que resulte ganador se someterá a la evaluación de su contenido por la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias.

El proveedor deberá hacer una evaluación final con calificación global de cada participante, informando en porcentaje de aprovechamiento la cual enviará conjuntamente con la lista de asistencia a la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias; así mismo, los participantes evaluarán la calidad del curso en cuanto al aprovechamiento aplicable a la operación del equipo en el proceso diario, que será enviado al proveedor a través de la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias. El proveedor se obliga a entregar a los participantes un documento que acredite su capacitación tanto en el manejo del equipo del Servicio Integral de Banco de Sangre y Servicio de Transfusión, como en el Sistema Informático Operativo, cinco días hábiles después de concluir el curso, en las Unidades Médicas correspondientes.

El proveedor, se obliga a otorgar el apoyo con personal técnico capacitado a fin de que esté presente en el arranque de los sistemas instalados, además proporcionará los manuales originales en idioma inglés y traducción técnica al español de cada equipo, bitácora de servicio, así como la guía rápida en idioma español, mediante carta compromiso que anexará en el sobre de oferta técnica.

6.- 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, Tecnología e Insumos y a la Dirección General de Prestación 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.

7.- ASISTENCIA TECNICA.

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 Transfunsional 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 y Finanzas, con copia a la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias y a la Dirección de Medicamentos, Tecnología e Insumos.

8.- 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 y Finanzas, con copia a la Dirección General de Prestación 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 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 sistema informático correspondan a los requerimientos técnicos establecidos en el contrato.

9.- CONDICIONES DE ENTREGA

La instalación y puesta en funcionamiento de los equipos y sistemas informáticos de los mismos no deberá ser mayor a 60 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 y **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 Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

El conteo de las pruebas se efectuará el día ultimo de cada mes antes de iniciar la jornada matutina (considerando que el período de conteo de Pruebas es del día 01 al día ultimo 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 "Conteo 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.

10.- 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 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 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 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 Secretaria de Salud de la Ciudad de México otorgará al proveedor el **Anexo 10**, 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 cuándo no se rebase el número total general de Pruebas contratadas.

ANEXO 3

(DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INFORMÁTICO SCABS)

ANEXO 3

DESCRIPCION DEL PROGRAMA INFORMATICO SCABS.

ZONA NORTE Y ZONA SUR

ANEXO 3

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 Secretaria 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 computo 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 prejuicio 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 computo antes de ser retirados de "La Secretaria 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 ultima 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 automático 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 medica 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 Sanguíneo y Factor 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 70ºC) 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, numero 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, el Hospital General Dr. Enrique Cabrera (próxima, 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 interfasados.

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

ZONA NORTE

Banco de Sangre del Hospital General Xoco.

Centros de recolección.

Hospital General Rubén Leñero.
Hospital General Balbuena.
Hospital General La Villa.
Hospital General Ticoman.

Servicios de Transfusion.

Hospital General Dr. Enrique Cabrera.
Hospital Pediátrico Moctezuma.
Hospital Materno Infantil Inguaran.
Hospital General Gregorio Salas.
Hospital Pediátrico Legaria
Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras.
Hospital Materno Infantil N.M. Cedillo.
Hospital Pediátrico Coyoacán.
Hospital Pediátrico Villa.
Hospital Materno Infantil Cuautepec.

ZONA SUR

Banco de Sangre del Hospital General Iztapalapa.

Centros de Recolección.

Hospital General Tláhuac.
Hospital General Ajusco Medio.
Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.
Hospital General Emiliano Zapata.
Hospital General Milpa Alta.
Hospital General Torre Medica Tepepan.
Hospital Materno Infantil Tláhuac.
Hospital Materno infantil Topilejo.
Hospital Pediátrico Iztapalapa.
Hospital Materno Pediátrico Xochimilco.

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:

PRUEBAS DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFIENCIA HUMANA No. CONS CONTEO:

HA 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) Y (CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL 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:

PRUEBAS DE 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.		

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:

PRUEBAS DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS DE LA HEPATITIS B (Hbs Ag) 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:

PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA TREPONEMA PALLIDUM 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:

PRUEBA PARA LA DETECCION DE ANTICUERPOS DE TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (CHAGAS) No. CONS CONTEO:

HA 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:

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 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:

OMETRIA 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.		

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:

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 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:

OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS, ERITROAFERESIS, LEUCOAFERESIS; PH: 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:

RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO. PLASMAFERESIS No. CONS CONTEO:

HA 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:

BOLSA CUADRUPLE PARA SANGRADO DE DONADORES No. CONS CONTEO:

:HA 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:

BOLSA TRIPLE PARA SANGRADO DE DONADORES No. CONS CONTEO:

:HA 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:

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 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:

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 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:

FILTRO PARA LEUCORREDUCCION NO MULTICAPA DE POLIESTER No. CONS CONTEO:

:HA 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:

GRUPO SANGUINEO DIRECTO E INVERSO Y FACTOR RH. No. CONS CONTEO:

:HA 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:

PRUEBA CRUZADA No. CONS CONTEO:

:HA 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:

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 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.		

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:

ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS No. CONS CONTEO:

.HA 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.		

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:

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.		

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:

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, 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:

ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS No. CONS CONTEO:

:HA 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:

PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA E INDIRECTA No. CONS CONTEO:

:HA 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:

PRUEBA NAT 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.		

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:

PRUEBA NAT DE HCV No. CONS CONTEO:

:HA 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:

PRUEBA NAT VHB No. CONS CONTEO:

HA 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 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.		

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:

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 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:

PRUEBA CONFIRMATORIA DE SIFILIS No. CONS CONTEO:

HA 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:

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 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 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 SEROLOGIA INFECCIOSA No. CONS CONTEO:

:HA 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 EFECTIVAS REALIZADAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL
ESTAS PRUEBAS SON EZCLUSIVAS PARA EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN: No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR: EQUIPO:

PRUEBAS DE HEMOLISIS. 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 EFECTIVAS REALIZADAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL
ESTAS PRUEBAS SON EZCLUSIVAS PARA EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN: No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR: EQUIPO:

PRUEBAS DE CONTROL MICROBIOLOGICO. No. CONS CONTEO:

:HA 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 EFECTIVAS REALIZADAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL
ESTAS PRUEBAS SON EZCLUSIVAS PARA EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN: No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR: EQUIPO:

:UEBAS MANUALES EN COLUMNAS DE GEL 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

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 Transfusional.

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 proveedor.	13	Total de pruebas (muestras, diluciones, controles, calibradores y blancos) 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).

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL PROVEEDOR

UNIDAD MÉDICA DE REFERENCIA

UNIDAD MÉDICA QUE PROCESA MUESTRAS:

NOMBRE DE LA PRUEBA Y PROVEEDOR:

No. DE CONTRATO:
No. DE LICITACIÓN:

REGA DE MUESTRAS PARA PROCESAR	FECHA:		HORA:	
ENTREGA DE RESULTADOS	FECHA:		HORA:	

CAUSAS POR LAS QUE SE PROCESA EN OTRA UNIDAD MEDICA					
1.- Descompostura del equipo No y Fecha de Reporte		2.- Falta de suministro de insumos No y Fecha de Reporte		3.- Otra	
OBSERVACIONES:					

PRUEBAS PROCESADAS				
No. Prog.	Nombre del Paciente	Pruebas a realizar	Pruebas de Banco de Sangre	Observaciones

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON CARGO AL PROVEEDOR

PRUEBAS PROCESADAS				
No. Prog.	Nombre del Paciente	Pruebas a realizar	Pruebas de Banco de Sangre	Observaciones

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Jefe o Encargado del Servicio de la Unidad Médica en que el proveedor procesa las muestras		
Representante del proveedor que recibe, procesa y entrega resultados.		
Jefe o Encargado de laboratorio clínico que solicita apoyo		

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*
PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFIENCIA HUMANA	

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 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
PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS DE LA HEPATITIS B (Hbs Ag)	

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 ANTICUERPOS CONTRA TREPONEMA PALLIDUM	

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
ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA DETERMINACION DE BRUCELLA	

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
OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS, ERITROAFERESIS, LEUCOAFERESIS, CPH	

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 MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO 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 O 100 ML.	

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 MULTIPLE ESTERIL CON SISTEMA DE UNION (CONECTORES ESTERILES).	

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
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 E INVERSO Y FACTOR RH	

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:** _____

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
ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	

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	
PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA INDIRECTA	

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 NAT VIH 1 Y VHI 2	

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 NAT PARA VHC	

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 NAT PATA VHB	

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 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 MEDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCION	NUMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA CONFIRMATORIA DE SIFILIS	

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 INMUNOHEMATOLOGIA	

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:** _____

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 MICROBIOLOGICO	

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
PRUEBAS DE HEMOLISIS.	

OBSERVACIONES: _____

_____

_____

_____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ **Firma:** _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ **Firma:** _____

ANEXO 6

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

ANEXO 6

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.

ZONA NORTE

HOSPITAL GENERAL XOCO.
Avenida México Coyoacán s/n y Bruno Travén.
Colonia General Anaya. Alcaldía Benito Juárez.
C.P. 03340. México, D.F.

HOSPITAL GENERAL DR. RUBEN LEÑERO.
Plan de San Luis S/N y Prolongación Salvador Díaz Mirón.
Col. Santo Tomas. Alcaldía Miguel Hidalgo.
C.P. 11340. México, D.F.

HOSPITAL GENERAL BALBUENA
Calzada Cecilio Róbelo y Sur 103.
Colonia Aeronáutica Militar. Alcaldía Venustiano Carranza.
C.P. 15900 México, D,F.

HOSPITAL GENERAL VILLA.
Calzada San Juan de Aragón No. 285.
Colonia Granjas Modernas. Alcaldía Gustavo A. Madero.
C .P. 07460. México, D.F.

HOSPITAL GENERL TICOMAN.
Plan de San Luis s/n entre Miguel Bernard y Bandera.
Col. Ticoman. Alcaldía Gustavo A. Madero.
C.P. 07330. México, D.F.

HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA.
Prolongación 5 de Mayo. Esquina Centenario.
Col- Ex hacienda de Tarango. Alcaldía Álvaro Obregón.

ZONA SUR

HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA.
Avenida Ermita Iztapalapa No. 3018.
Col. Citlali. Alcaldía Iztapalapa.
C.P. 09660. México, D.F.

HOSPITAL BELISARIO DOMINGUEZ.
Avenida Tlahuac No. 4866, esquina Zacatlán de las Manzanas.
Col. San Lorenzo Tezonco. Alcaldía Iztapalapa.

HOSPITAL GENERAL AJUSCO MEDIO.
Hospital General Ajusco Medio, Encinos 41, Col. Miguel Hidalgo 4ta. Sección Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México.

HOSPITAL GENERAL TLAHUAC.
Hospital General Tláhuac, La Turba 655, Col. Villa Centroamericana y del Caribe, Alcaldía Tláhuac, C.P. 13250, Ciudad de México.

ANEXO 7

(FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO)

ANEXO 7

FORMATO PARA LA CAPACITACION DEL RECURSO HUMANO
DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
SERVICIO INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL

FECHA: _____

NOMBRE: _____ TURNO: _____

UNIDAD HOSPITALARIA: _____

PARTIDA: _____

PROVEEDOR: _____

PERIODO DE CAPACITACION: _____

EQUIPO: _____

PROGRAMA PARA EL MANEJO, OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

TEORICO. _____

PRACTICO. _____

MANTENIMIENTO. _____

EXAMEN INICIAL: _____

EXAMEN FINAL: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE LA EMPRESA:

_____

FIRMA DEL USUARIO:

_____

ANEXO 8

(DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS)

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

ANEXO 8

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y COSTOS

PARTIDA	CLAVE SAICA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	MONTO MÍNIMO A EJERCER I.V.A. INCLUIDO	MONTO MÁXIMO A EJERCER I.V.A. INCLUIDO
1	3993-0004	**SERVICIO INTEGRAL DE REGIONALIZACIÓN DE BANCO DE SANGRE**	SERVICIO	**$3,033,333.33**	**$30,333,333.33**

MONTO MÍNIMO A EJERCER DE **$3,033,333.33 (TRES MILLONES TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS 33/100 M.N.)** Y UN **IMPORTE MÁXIMO** DE **$30,333,333.33 (TREINTA MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS 33/100 M.N.)** I.V.A. INCLUIDO.

SERVICIOS	CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA (PAQUETE INTEGRAL, PARTIDA O SUBPARTIDA).	PRECIO UNITARIO
PRUEBAS DE ÁCIDOS NUCLÉICOS			
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 552.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	HVC	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 552.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	HVB	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 552.00

SERVICIOS	CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA (PAQUETE INTEGRAL, PARTIDA O SUBPARTIDA).	PRECIO UNITARIO
SEROLOGÍA INFECCIOSA			
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 174.54
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 174.54
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBAS DE ANTÍGENOS DE SUPERFICIE DEL VIRUS DE HEPATITIS B (HbsAg)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 174.54
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA TREPONEMA (SIFILIS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 174.54
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 174.54
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBAS ANTÍGENO RODS DE BENGALA PARA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA BRUCELLA.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 174.54
BIOMETRIA HEMATICA			

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

SERVICIOS	CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA (PAQUETE INTEGRAL, PARTIDA O SUBPARTIDA).	PRECIO UNITARIO
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 46.88
	BOLSAS Y FILTROS		
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	BOLSAS CUADRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 559.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	BOLSAS CUADRUPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 559.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100 ml. PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTÉRIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 559.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTÉRIL CON SISTETMA DE UNIÓN CONECTOR ESTÉRIL	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 559.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCIR CONCENTRADOS ERITROCITRARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 559.00
	INMUNOHEMATOLOGÍA		
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA CRUZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA INDIRECTA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 106.81

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

CONTRATO No. SSCDMX-DGAF-084-2020

SERVICIOS	CONCEPTO	UNIDAD DE MEDIDA (PAQUETE INTEGRAL, PARTIDA O SUBPARTIDA).	PRECIO UNITARIO
PRUEBAS DE ÁCIDOS NUCLÉICOS			
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	VIH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 552.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	HVC	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 552.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	HVB	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 552.00
PRUEBAS CONFIRMATORIAS			
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SÍFILIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 121.14
AFERESIS Y RECAMBIO PLASMÁTICO			
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	EQUIPO DE PLAQUETAFERÉSIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 6,452.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFERESIS, LEUCOAFERESIS) CPH	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 6,452.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	RECAMBIO PLASMATICO TERAPÉUTO Y/O PLASMAFERESIS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 6,452.00
PRUEBAS ESPECIALES			
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	CITOMETRIA DE FLUJO CD34	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 1,140.00
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	ESTUDIOS DE AGREGROMETRIA AUTOMATIZADA	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 1,120.30
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA DE FACTOR VIII	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 177.25
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA DE HEMOLISISA CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	$ 618.75
CONTROL DE CALIDAD			
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	CONTROL DE CALIDAD EXTERNO EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS.	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	
SERVICIO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE	CONTROL MICROBIOLÓGICO A HEMOCOMPENTES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA	

Calle Altadena 23 Colonia Nápoles
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03810, Ciudad de México.

ANEXO 9

(REPORTE MENSUAL DE BIENES Y/O SERVICIOS Y MONTOS FACTURADOS)

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCION DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS

REPORTE MENSUAL DE BIENES Y/O SERVICIOS Y MONTOS FACTURADOS

RAZÓN SOCIAL: _____

R.F.C. _____

DOMICILIO FISCAL: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO: _____

ANEXO 9

CONTRATO SSCDMX-DGAF-084-2020

$30,833,333.33

No.	HOSPITAL	CONCEPTO	NUM. DE FACTURA	MONTO DE LA FACTURA	PERIODO FACTURADO	MONTO DEL CONTRATO MENOS LO EJERCIDO	ESTATUS DE LA FACTURA	DETALLE DEL ESTATUS	NUM. DE CONTRA-RECIBO

EJEMPLO

ANEXO 10

(MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRA)

DE LA
MÉXICO

ANEXO 10 MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRAS ARRENDAMIENTO 2020 (MENSUAL)

ZONA SUR

ANEXO 10 MATERIALES, INSUMOS Y REACTIVOS EXTRAS AR

ANEXO E MATERIAL DE LABORATORIO PARA BANCO DE SANGRE		Hospital General Iztapalapa	Hospital General Alvaro Obregón	Hospital General Tláhuac	Hospital Gral. Esp. Dr. Belisario Domínguez	Hospital Materno Infantil Tlalpan	Hospital Pediátrico Iztapalapa	Hospital Materno Infantil Inguarán	Hospital Materno Infantil Xochimilco	Clínica Hospital General Emiliano Zapata	Hospital General Milpa Alta	Hospital Materno Infantil Magdalena	Centro Oftalmológico Aquihuitzotl	Hospital General Ycoa	Hospital General Balbuena	Hospital General Rubén Leñero	Hospital General La Villa	Hospital General Tlcomán	Hospital General Dr. Enrique Cabrera***	Hospital Pediátrico Moctezuma	Hospital Materno Inf. Inguarán	Hospital General Gregorio Sánchez
	CAJA CON 50 PIEZAS	1 2 0.5 1 0.5 1 0.5 1	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5	1 2 0.5 1 0.5 1 0.5 1	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5		1 2 1 2 1 2 0.5 1 0.5 1 0.5 1 0 0.5 0 0.5 0 0.5
	PIEZA	2 5 1 3 1 3 1 3	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 3	2 5 2 5 2 5 2 4 1 3 1 3 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	0 0	2 5 2 5 2 5 2 4 1 3 1 3 1 1
	PIEZA	2 2 2 2 2 2 2 2					2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2								2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
	PIEZA	2 2 1 1 1 1 1 1					2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 1								2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1 1
	PIEZA	1 1 1 1 1 1 1 1					1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
ESTERILIZABLE, PARA 50 TUBOS CON DIÁMETRO HASTA 13 M/M.	PIEZA	2 2 1 1 1 1 1 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
EGRO	PIEZA	12 12 12 12 12 12 12 12	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1	12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1		12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12
OXO	PIEZA	12 12 12 12 12 12 12 12	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1	12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1		12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12
JEÑOS, CONSTRUÍDA EN POLIETILENO O ALUMINIO, DOTADAS DE UN PISTÓN DE ÓN VARIABLE ENTRE LOS VOLÚMENES SIGUIENTES 10 - 60 MICROLITROS.	PIEZA	1 1 1 1 1 1 1 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
JEÑOS, CONSTRUÍDA EN POLIETILENO O ALUMINIO, DOTADAS DE UN PISTÓN DE ÓN VARIABLE ENTRE LOS VOLÚMENES SIGUIENTES: 5 - 30 MICROLITROS.	PIEZA	1 1 1 1 1 1 1 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
JEÑOS, CONSTRUÍDA EN POLIETILENO O ALUMINIO, DOTADAS DE UN PISTÓN DE ÓN VARIABLE ENTRE LOS VOLÚMENES SIGUIENTES: 200 - 1000 MICROLITROS	PIEZA	1 1 1 1 1 1 1 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
UR PARA DIVERSOS USOS LONGITUD: 14.5 CM.	CAJA CON 50 PIEZAS	3 5 2 3 2 3 2 3	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5	3 5 3 5 3 5 2 5 2 3 2 3 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5		3 5 3 5 3 5 2 5 2 3 2 3 0 0.5 0 0.5 0 0.5
ICROLITROS (BLANCAS).	CAJA CON 50 PIEZAS	0.5 1 0.5 1 0.5 1 0.5 1	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3	0.5 1 0.5 1 0.5 1 0.5 1 0.5 1 0.5 1 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3		0.5 1 0.5 1 0.5 1 0.5 1 0.5 1 0.5 1 0 0.3 0 0.3 0 0.3
MICROLITROS (AZULES).	CAJA CON 50 PIEZAS	1 2 1 1 1 1 1 1	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3	1 2 1 2 1 2 1 1 1 1 1 1 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3		1 2 1 2 1 2 1 1 1 1 1 1 0 0.3 0 0.3 0 0.3
ICROLITROS (AMARILLAS)	CAJA CON 50 PIEZAS	1 2 1 1 1 1 1 1	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3	1 2 1 2 1 2 1 1 1 1 1 1 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3	0 0.3 0 0.3 0 0.3 0 0.3		1 2 1 2 1 2 1 1 1 1 1 1 0 0.3 0 0.3 0 0.3
N AL MISMO TIEMPO CON DURACIÓN HASTA DE 60 MINUTOS. MANUAL O	PIEZA	1 1 1 1 1 1 1 1					1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
NTIGRADOS A 110 GRADOS CENTIGRADOS. PIEZA	PIEZA	1 1 1 1 1 1 1 1	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 0.5 0 0.5 0 0.5
DIES DE: 12 X 75 M/M	CAJA CON 100 PIEZAS	3 5 2 3 2 3 2 3	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5	3 5 3 5 3 5 3 5 2 3 2 3 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5		3 5 3 5 3 5 3 5 2 3 2 3 0 0.5 0 0.5 0 0.5
	CAJA CON 1 PIEZA	10 12 3 5 3 5 3 5					10 12 10 12 10 12 6 8 3 5 3 5								10 12 10 12 10 12 6 8 3 5 3 5
	CAJA CON 100 PIEZAS	5 10 2 5 2 5 2 5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5	5 10 4 6 5 10 3 7 2 5 2 5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5	0 0.5 0 0.5 0 0.5 0 0.5		5 10 4 6 5 10 3 7 2 5 2 5 0 0.5 0 0.5 0 0.5
ÁTEX, DESECHABLES. CHICO	CAJA CON 100 PIEZAS	5 10 1 2 1 2 1 2	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1	5 10 5 10 5 10 3 7 1 2 1 2 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1		5 10 5 10 5 10 3 7 1 2 1 2 0 1 0 1 0 1
ÁTEX, DESECHABLES. MEDIANO	CAJA CON 100 PIEZAS	5 10 1 2 1 2 1 2	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1	5 10 5 10 5 10 3 7 1 2 1 2 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1		5 10 5 10 5 10 3 7 1 2 1 2 0 1 0 1 0 1
ÁTEX, DESECHABLES. GRANDE	CAJA CON 100 PIEZAS	1 2 1 2 1 2 1 2	0 1 0 1 0 1 0 1				1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1		1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 0 1 0 1 0 1
TRILO, DESECHABLES. CHICO	CAJA CON 100 PIEZAS	1 1 0 0 0 0 0 0					0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0								0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
RILO, DESECHABLES. MEDIANO	CAJA CON 100 PIEZAS	1 2 0 0 0 0 0 0					0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0								0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
TRILO, DESECHABLES. GRANDE	CAJA CON 100 PIEZAS	2 5 0 0 0 0 0 0					0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0								0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	CAJA CON 100 PIEZAS	1 2 1 2 1 2 1 2	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1 0 1		1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 0 1 0 1 0 1
ACIÓN PARA VOLÚMENES APROXIMADOS. EN CAPACIDAD DE 1000 ML	PIEZA	1 1 1 1 1 1 1 1					1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
ACIÓN PARA VOLÚMENES APROXIMADOS. EN CAPACIDAD DE 500 ML	PIEZA	1 1 1 1 1 1 1 1					1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	CAJA CON 50 PIEZAS	10 15 2 5 2 5 2 5	1 2 1 2 1 2 1 2	1 2 1 2 1 2 1 2	1 2 1 2 1 2 1 2	1 2	10 15 10 15 10 15 5 10 2 5 2 5 1 2	1 2 1 2 1 2 1 2	1 2 1 2 1 2 1 2	1 2 1 2 1 2 1 2	1 2 1 2 1 2 1 2	1 2 1 2 1 2 1 2	1 2 1 2 1 2 1 2		10 15 10 15 10 15 5 10 2 5 2 5 1 2 1 2 1 2

DE LA
MÉXICO

ZONA NORTE

ANEXO E. MATI		Hospital Pediátrico Legaria		Hospital Materno Inf. M. Contreras		Hospital Materno Inf. N.M. Cerrillo		Hospital Pediátrico Cuautepec		Hospital Pediátrico Villa		Hospital Materno Inf. Cuautepec		Hospital Pediátrico Tacubaya**		Hospital Pediátrico Azcapotzalco*		Hospital Pediátrico Iztacalco**		Hospital Pediátrico Peralvillo**		Hospital Pediátrico San Juan Aragón**		Clínica Hospital de Esp.	ZONA SUR		ZONA NORTE		TOTAL	
	CAJA CON 50 PIEZAS	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5		2.5	8.5	4.5	16	7	24.5
	PIEZA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		12	21	24	39	36	60
	PIEZA																								8	8	12	12	20	20
	PIEZA																								6	6	10	10	15	15
	PIEZA																								4	4	6	6	10	10
DESTERILIZABLE, PARA 50 TUBOS CON DIAMETRO HASTA 13 MM.	PIEZA	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		5	12	6	20	11	32
NEGRO	PIEZA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		55	55	86	86	141	141
ROJO	PIEZA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		55	55	86	86	141	141
UEÑOS CONSTRUÍDA EN POLIETILENO O ALUMINIO, DOTADAS DE UN PISTÓN DE CIÓN VARIABLE ENTRE LOS VOLÚMENES SIGUIENTES: 10 - 60 MICROLITROS.	PIEZA	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		4	11	6	20	10	31
UEÑOS, CONSTRUÍDA EN POLIETILENO O ALUMINIO, DOTADAS DE UN PISTÓN DE CIÓN VARIABLE ENTRE LOS VOLÚMENES SIGUIENTES: 5 - 20 MICROLITROS.	PIEZA	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		4	11	6	20	10	31
UEÑOS CONSTRUÍDA EN POLIETILENO O ALUMINIO, DOTADAS DE UN PISTÓN DE CIÓN VARIABLE ENTRE LOS VOLÚMENES SIGUIENTES: 200 - 1000 MICROLITROS.	PIEZA	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		4	11	6	20	10	31
UR PARA DIVERSOS USOS, LONGITUD, 14.5 CM.	CAJA CON 1 PIEZAS	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5		9	18	15	33	24	50.5
MICROLITROS (BLANCAS).	CAJA CON 1 PIEZAS	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3		2	6.1	3	10	5	16.3
MICROLITROS (AZULES)	CAJA CON 1 PIEZAS	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3		4	7.1	6	13	10	20.3
MICROLITROS (AMARILLAS)	CAJA CON 1 PIEZAS	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3		4	7.1	6	13	10	20.3
AN AL MISMO TIEMPO CON DURACIÓN HASTA DE 60 MINUTOS. MANUAL O	PIEZA																								4	4	6	6	10	10
ENTRIGRADOS A 110 GRADOS CENTIGRADOS. PIEZA	PIEZA	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5		4	7.5	6	13	10	20.5
ONES DE 12 X 75 MM	CAJA CON 1 PIEZAS	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5		9	18	16	33	25	50.5
	CAJA CON 1 PIEZAS																								19	27	42	64	61	81
	CAJA CON 1 PIEZAS	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5	0	0.5		11	29	21	50	32	78.5
LÁTEX, DESECHABLES. CHICO	CAJA CON 1 PIEZAS	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		8	23	20	55	28	78
LÁTEX, DESECHABLES. MEDIANO	CAJA CON 1 PIEZAS	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		8	23	20	55	28	78
LÁTEX, DESECHABLES. GRANDE	CAJA CON 1 PIEZAS	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		4	15	6	26	10	41
STRILO, DESECHABLES. CHICO	CAJA CON 1 PIEZAS																								1	1	0	0	1	1
TRILO, DESECHABLES. MEDIANO	CAJA CON 1 PIEZAS																								1	2	0	0	1	2
STRILO, DESECHABLES. GRANDE	CAJA CON 1 PIEZAS																								2	5	0	0	2	5
	CAJA CON 1 PIEZAS	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1		4	15	6	26	10	41
ACIÓN PARA VOLÚMENES APROXIMADOS EN CAPACIDAD DE: 1000 ML.	PIEZA																								4	4	6	6	10	10
ACIÓN PARA VOLÚMENES APROXIMADOS EN CAPACIDAD DE: 500 ML.	PIEZA																								4	4	6	6	10	10
	CAJA CON 1 PIEZAS	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		23	44	53	93	76	137

DE LA
MÉXICO

ANEXO 10 MATERIALES, INSUMOS Y REACT EXTRAS ABRIL-MAYO 2020 IN ENSULIA

ZONA SUR

Descripción	Unidad de medida	Hospital General Iztapalapa		Hospital General Ajusco Medio		Hospital General Tláhuac		Hospital de Esp. Dr. G. Domínguez		Hospital Materno Inf. Topilejo		Hospital Pediátrico Iztapalapa		Hospital Pediátrico Coyoacán		Hospital Materno Inf. Tláhuac		Clínica Hospital General Emiliano Zapata		Hospital General Milpa Alta		Hospital General Torre Médica Tepepan		Centro Toxicológico Hospitalario		Hospital General Xoco		Hospital General Balbuena		Hospital General Rubén Leñero		Hospital General La Villa		Hospital General Iztacalco		Hospital General Dr. Enrique Cabrera***		Hospital Pediátrico Moctezuma		Hospital Materno Inf. Inguaran		Hospital General Georgina Salas	
		Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx	Mín	Máx
ICIVOS DE BANCO DE SANGRE																																									
LÁN NA EN MEDIO ALBUMINOSO PARA FACILITAR LA AGLUTINACIÓN DE	FRASCO CON 10 ML	1	2	1	2	1	2	1	2																			1	2	1	2	1	2	1	2	1	2				
OCLONAL, RTC	FRASCO CON 10 ML	5	8	3	4	3	4	3	4	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0	0	5	8	5	8	5	8	3	5	3	4	3	4	0.5	1	0.5	1	0.5	1
NOCLONAL, RTC	FRASCO CON 10 ML	5	8	3	4	3	4	3	4	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0	0	5	8	5	8	5	8	3	5	3	4	3	4	0.5	1	0.5	1	0.5	1
OCLONAL, RTC	FRASCO CON 10 ML	5	8	3	4	3	4	3	4	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0	0	5	8	5	8	5	8	3	5	3	4	3	4	0.5	1	0.5	1	0.5	1
E, DE ORIGEN MONOCLONAL, RTC	FRASCO CON 10 ML	5	8	3	4	3	4	3	4	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0	0	5	8	5	8	5	8	3	5	3	4	3	4	0.5	1	0.5	1	0.5	1
OMBS, RTC.	FRASCO CON 10 ML	1	3	1	3	1	3	1	3																			1	3	1	3	1	3	1	3	1	3						
IGEN MONOCLONAL, RTC	FRASCO CON 5 ML	4	6	2	3	2	3	2	3																			4	6	4	6	4	6	3	5	2	3	2	3				
OCLONAL, RTC	FRASCO CON 5 ML	4	6	2	3	2	3	2	3																			4	6	4	6	4	6	3	5	2	3	2	3				
AS DÚNICAS DE BANCO DE SANGRE																																										
	FRASCO CON 20 L	1	2	0.5	1	0.5	1	0.5	1																			1	2	1	2	1	2	0.5	1	0.5	1	0.5	1				
D Y PORCELANA CON ELIMINACIÓN COMPLETA DE TRAZAS Y RESIDUOS.	FRASCO CON 4 LTS	2	4	1	2	1	2	1	2	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3			2	4	2	4	2	4	1	3	1	2	1	2	0	0.5	0	0.3	0	0.5
	FRASCO CON 4 LTS	2	5	1	2	1	2	1	2																			2	5	2	5	2	5	2	4	1	2	1	2				
) POR CADA 100 ML O CLORHEXIDINA AL 4%.	FRASCO CON 4 LTS	2	5	1	2	1	2	1	2																			2	5	2	5	2	5	2	4	1	2	1	2				
D. TOMA DE MUESTRAS																																										
	BOLSA CON 10 PIEZAS	1	1	1	1	1	1	1	1																			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
	CAJA CON 25 PZAS	1	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1																			1	1	1	1	1	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1				
I) LIBRE DE LÁTEX, DE CINTA POLIESTER Y LYCRA, DE BROCHE DE POM Y PC	CAJA CON 5 PIEZAS	0.5	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1																			0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.3	1	0.3	1	0.3	1				
S, DESECHABLES, 21 G X 31 MM, PABELLÓN Y CAPUCHÓN VERDE CON S PARA MUESTRA SANGUÍNEA).	CAJA CON 48 AGUJAS	12	15	5	7	5	7	5	7																			12	15	12	15	12	15	7	12	5	10	7	10				
/ LATEX	CAJA CON 100 PIEZAS.	5	10	2	3	2	3	2	3																			5	10	5	10	5	10	5	10	2	3	2	3				
STICO PET AL VACÍO (13 X 100 MM) DESECHABLE PARA ADULTO SIN E Y ACTIVADOR DE COAGULACIÓN, VOLUMEN DE DRENADO 6 ML (+ 0.3 ML).	ENVASE CON 100 PIEZAS.	12	16	6	8	6	8	4	6																			12	16	12	16	12	16	10	12	6	8	6	8				
STICO PET AL VACÍO (13 X 100 MM) DESECHABLE PARA ADULTO SIN E Y ACTIVADOR DE COAGULACIÓN, VOLUMEN DE DRENADO 6 ML (+ 0.3 ML).	ENVASE CON 100 PIEZAS.	7	15	7	12	5	9	5	9																			7	15	7	12	7	15	7	10	5	9	7	12			1	1
STICO PET AL VACÍO (13 X 75 MM) DESECHABLE PARA ADULTO CON EDTA K2 TÓN LILA CON SILICÓN COMO LUBRICANTE, VOLUMEN DE DRENADO 4.0 ML (+	ENVASE CON 100 PIEZAS.	10	14	5	8	5	8	5	8																			10	14	10	14	10	14	7	10	4	7	5	7				
STICO PET AL VACÍO (13 X 75 MM) DESECHABLE PARA ADULTO CON EDTA K2 TÓN LILA CON SILICÓN COMO LUBRICANTE, VOLUMEN DE DRENADO 4.0 ML (+	ENVASE CON 100 PIEZAS.	7	15	7	12	5	9	5	9									0.5	1	0.5	1							7	15	7	12	7	15	7	10	5	9	7	12			1	1
OLECCIÓN DE SANGRE POR PUNCIÓN CAPILAR, DE POLIPROPILENO O COMO ANTICOAGULANTE TAPÓN LILA, VOLUMEN DE DRENADO 250 - 500	CAJA CON 200 PIEZAS.	1	2	1	2	1	1	1	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0	0	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	0.5	1	0.5	1		
CAPILAR, DE POLIPROPILENO TRANSLÚCIDO, DESECHABLE, PEDIÁTRICO, LUMEN DE DRENADO 250 - 500 MICROLITROS, TAPÓN RECOLECTOR DE	CAJA CON 200 PIEZAS	0	1	0	1	0	1	0	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0.5	1	0.5	1		

DE LA
MÉXICO

Subsecretaría de Salud de la Ciudad de México
Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias
Dirección Ejecutiva de Atención Hospitalaria

ZONA NORTE

Descripción	Unidad de medida	Hospital Pediátrico Legaria Mín	Hospital Pediátrico Legaria Máx	Hospital Materno Inf. M. Contreras Mín	Hospital Materno Inf. M. Contreras Máx	Hospital Mexicano Inf. N.M. Carrillo Mín	Hospital Mexicano Inf. N.M. Carrillo Máx	Hospital Pediátrico Coyoacán Mín	Hospital Pediátrico Coyoacán Máx	Hospital Pediátrico Villa Mín	Hospital Pediátrico Villa Máx	Hospital Materno Inf. Cuautepec Mín	Hospital Materno Inf. Cuautepec Máx	Hospital Pediátrico Tacubaya** Mín	Hospital Pediátrico Tacubaya** Máx	Hospital Pediátrico Azcapotzalco* Mín	Hospital Pediátrico Azcapotzalco* Máx	Hospital Pediátrico Iztacalco** Mín	Hospital Pediátrico Iztacalco** Máx	Hospital Pediátrico Peralvillo** Mín	Hospital Pediátrico Peralvillo** Máx	Hospital Pediátrico San Juan Aragón** Mín	Hospital Pediátrico San Juan Aragón** Máx	Clínica Hospitalaria Esp. Mín	Clínica Hospitalaria Esp. Máx	ZONA SUR Mín	ZONA SUR Máx	ZONA NORTE Mín	ZONA NORTE Máx	TOTAL Mín	TOTAL Máx
CTIVOS DE BANCO DE SANGRE																															
ÁSINA EN MEDIO ALBUMINOSO PARA FACILITAR LA AGLUTINACIÓN DE	FRASCO CON 10 ML																									4	8	6	12	10	20
CLONAL RTC	FRASCO CON 10 ML	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1			18	27	31	51	48.5	78
CLONAL RTC	FRASCO CON 10 ML	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1			18	27	31	51	48.5	78
CLONAL RTC	FRASCO CON 10 ML	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1			18	27	31	51	48.5	78
. DE ORIGEN MONOCLONAL RTC	FRASCO CON 10 ML	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1			18	27	31	51	48.5	78
MBS, RTC.	FRASCO CON 10 ML																									4	12	6	18	10	30
SEN MONOCLONAL RTC	FRASCO CON 5 ML																									10	15	19	29	29	44
CLONAL RTC	FRASCO CON 5 ML																									10	15	19	29	29	44
AS QUÍMICAS DE BANCO DE SANGRE																															
	FRASCO CON 20 L																									2.5	5	4.5	9	7	14
Y PORCELANA CON ELIMINACIÓN COMPLETA DE TRAZAS Y RESIDUOS.	FRASCO CON 4 LTS	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3	0	0.3			5	12	9	24	14	35.7
	FRASCO CON 4 LTS																									5	11	10	23	15	34
POR CADA 100 ML O CLOROHEXIDINA AL 4%	FRASCO CON 4 LTS																									5	11	10	23	15	34
. TOMA DE MUESTRAS																															
	BOLSA CON 10 PIEZAS																									4	4	6	6	10	10
	CAJA CON 25 PZAS																									2.5	4	4.5	6	7	10
LIBRE DE LÁTEX, DE CINTA POLIESTER Y LYCRA, DE BROCHE DE POM Y PC	CAJA CON 6 PIEZAS																									1.4	4	2.4	6	3.8	10
S, DESECHABLES 21 G X 31 MM, PABELLÓN Y CAPUCHÓN VERDE CON PARA MUESTRA SANGUÍNEA)	CAJA CON 48 AGUJAS																									27	36	55	77	82	113
LATEX	CAJA CON 100 PIEZAS.																									11	19	24	46	35	65
STICO PET AL VACÍO (13 X 100 MM) DESECHABLE PARA ADULTO SIN E Y ACTIVADOR DE COAGULACIÓN, VOLUMEN DE DRENADO 6 ML (+ 0.3 ML)	ENVASE CON 100 PIEZAS.																									28	38	58	76	86	114
STICO PET AL VACÍO (13 X 100 MM) DESECHABLE PARA ADULTO SIN E Y ACTIVADOR DE COAGULACIÓN, VOLUMEN DE DRENADO 6 ML (+ 0.3 ML).	ENVASE CON 100 PIEZAS.																									24	45	41	74	65	119
STICO PET AL VACÍO (13 X 75 MM) DESECHABLE PARA ADULTO CON EDTA K2 ÓN LILA CON SILICÓN COMO LUBRICANTE, VOLUMEN DE DRENADO 4.0 ML (+	ENVASE CON 100 PIEZAS.																									25	38	46	66	71	104
STICO PET AL VACÍO (13 X 75 MM) DESECHABLE PARA ADULTO CON EDTA K2 ÓN LILA CON SILICÓN COMO LUBRICANTE, VOLUMEN DE DRENADO 4.0 ML (+	ENVASE CON 100 PIEZAS.																									26	47	41	74	66	121
LECCIÓN DE SANGRE POR PUNCIÓN CAPILAR, DE POLIPROPILENO O COMO ANTICOAGULANTE, TAPÓN LILA, VOLUMEN DE DRENADO 250 - 500	CAJA CON 200 PIEZAS	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1			7.5	13	13	23	20	36
CAPILAR, DE POLIPROPILENO TRANSLÚCIDO, DESECHABLE, PEDIÁTRICO, LUMEN DE DRENADO 250 - 500 MICROLITROS, TAPÓN RECOLECTOR DE	CAJA CON 200 PIEZAS	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1			3.5	11	6.5	19	10	30

ANEXO 11

(SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO)

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES, ABASTECIMIENTOS Y SERVICIOS

SEGUIMIENTO QUINCENAL DEL CONTRATO

RAZÓN SOCIAL: _____

R.F.C. _____

DOMICILIO FISCAL: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO: _____

ANEXO 11

CONTRATO SSCDMX-DGAF-084-2020

$30,833,333.33

No.	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	CANTIDAD SURTIDA	FECHA DE ABASTECIMIENTO	EN QUE LUGAR SE ENTREGA EL BIEN Y/O SERVICIOS

EJEMPLO