

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



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

3.10. Almacén de reactivos.

3.10.1. Control.

- 3.10.1.1. Captura de datos generales de los proveedores (nombre, dirección y teléfono).
- 3.10.1.2. Captura de los datos generales de los insumos y reactivo (nombre, familia, unidad de medida, stock mínimo, stock máximo, número de lote, fecha de caducidad y proveedor).
- 3.10.1.3. Registro por código de barras y manual, las entradas y salidas por fecha, tipo de reactivo, marca, número de lote, fecha de caducidad y sección a la que se entrega para su utilización.
- 3.10.1.4. Registro de trasposos 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 último control adquirido, con posibilidad de elección del usuario de datos aberrantes y periodos.

3.12. Distribución.



3.12.1. **Equipo.** El proveedor proporcionará 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 interfaseados.

5. **Bancos de Sangre donde se instalará 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 Ticomán.

Servicios de Transfusión.

Hospital General Dr. Enrique Cabrera.

Hospital Pediátrico Moctezuma.

Hospital Materno Infantil Inguarán.

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 Cuauhtepac.

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 Emilián Zapata.

Hospital General Milpa Alta.

Hospital General Torre Médica 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) Y (CONTEO DE
PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL
DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA
TRANSFUSIONAL CON CARGO AL
PROVEEDOR)**





GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

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 aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

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 aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

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 aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

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

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA DETERMINACION DE BRUCELLA

No. CONS. CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERÍODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

BIOMETRÍA HEMÁTICA

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

EQUIPO DE PLAQUETOFERESIS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS, ERITROAFERESIS, LEUCOAFERESIS,
CPH.

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO. PLASMAFERESIS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

BOLSA CUADRUPLE PARA SANGRADO DE DONADORES

No. CONS CONTEO:

LUGAR DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

BOLSA TRIPLE PARA SANGRADO DE DONADORES

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

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

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS

DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

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

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

Calle Altadena 23 Piso 3 Colonia Nápoles, Alcaldía Benito Juárez C.P. 05810, Ciudad de México. Tel. 51321200 Ext. 1373



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

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 aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

GRUPO SANGUINEO DIRECTO E INVERSO Y FACTOR RH.

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA CRUZADA

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS

DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS

DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

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 aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

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 aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA E INDIRECTA

No. CONS. CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

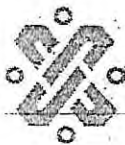
AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

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 aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No. DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA NAT. DE HCV

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSU
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA NAT VHB

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ESTUDIOS DE AGREGONOMETRÍA 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 aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

ESTUDIOS DE COAGULACIÓN (FACTOR VIII)

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBA CONFIRMATORIA DE SIFILIS

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA INMUNOHEMATOLOGÍA

No. CONS. CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



ANEXO 4

CONTEO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA SEROLOGÍA INFECCIOSA

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

CONTEO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE
ESTAS PRUEBAS SON EXCLUSIVAS 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 aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

CONTEO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE
ESTAS PRUEBAS SON EXCLUSIVAS PARA EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBAS DE CONTROL MICROBIOLÓGICO.

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

CONTEO DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE
ESTAS PRUEBAS SON EXCLUSIVAS PARA EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

UNIDAD MÉDICA:

No DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBAS 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 aceptará la firma por ausencia del encargado de dicha área en su momento.

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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

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



ANEXO 4.1

CONTEO DE PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA:

No. DE LICITACIÓN:

No. DE CONTRATO:

PROVEEDOR:

EQUIPO:

PRUEBAS DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFIENCIA
HUMANA

No. CONS CONTEO:

FECHA DE ELABORACIÓN:

PERIODO DEL CONTEO: DEL:

AL:

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

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

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN

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



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

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



ANEXO 4.2

INSTRUCTIVO CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE.

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 Integral 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).



SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

CONTEO DE PRUEBAS DEL SERVIDOR INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE CON CARGO AL PROVEEDOR

UNIDAD MÉDICA QUE PROCESA MUESTRAS:

No. DE CONTRATO:
No. DE LICITACIÓN:

ENTREGA 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:

[illegible]

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

ANEXO 5
(SOLICITUD DE
REACTIVO PARA
PRUEBAS)



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E
INSUMOS
DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGÍA E INSUMOS

ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE**

PRUEBA: _____

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFIENCIA HUMANA	

OBSERVACIONES: _____

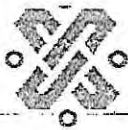
ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____

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



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	

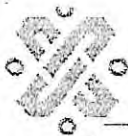
OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA PARA LA DETECCIÓN 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
ANTÍGENO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE**

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
BIOMETRÍA HEMATICA	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPEUTICO. PLASMAFERESIS	

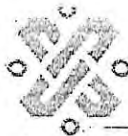
OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
BOLSA TRIPLE PARA SANGRADO DE DONADORES	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E
INSUMOS

ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE**

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
FILTRO PARA LEUCORREDUCCIÓN NO MULTICAPA DE POLIESTER	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____

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



ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE**

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE**

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN:	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS E
INSUMOS

ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	
PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA INDIRECTA	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____

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



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA NAT VIH 1 Y VIH 2	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E
INSUMOS

ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA NAT PARA VHC	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____

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



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
PRUEBA NAT PATA VHB	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SUBSECRETARÍA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS E
INSUMOS

ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE**

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

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

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____

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



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
ESTUDIOS DE COAGULACIÓN (FACTOR VIII)	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

**SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE**

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO 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 PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE**

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE CONTROLES
CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA SEROLOGIA INFECCIOSA	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____

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



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
BOLSA CUADRUPLE PARA SANGRADO DE DONADORES	0

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE REACTIVO PARA PRUEBAS
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE PRUEBAS SOLICITADAS
BOLSA TRIPLE PARA SANGRADO DE DONADORES	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

SOLICITUD DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE CONTROLES
CONTROL DE CALIDAD MICROBIOLÓGICO	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____



ANEXO 5

**SOLICITUD DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA
DEL SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE**

UNIDAD MÉDICA: _____ PARTIDA: _____

FECHA: _____

PERIODO: _____

DESCRIPCIÓN	NÚMERO DE CONTROLES
PRUEBAS DE HEMOLISIS.	

OBSERVACIONES: _____

ENCARGADO DEL SERVICIO

Nombre: _____ Firma: _____

PROVEEDOR

Nombre: _____ Firma: _____

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

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 SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

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 GENERAL 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 Del. Tlalpan, Ciudad de México.

HOSPITAL GENERAL TLAHUAC.

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

ANEXO 7

(FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO)



ANEXO 7

FORMATO PARA LA CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SERVICIO INTEGRAL DE PRUEBAS EFECTIVAS REALIZADAS DE BANCO DE SANGRE

FECHA: _____

NOMBRE: _____ TURNO: _____

UNIDAD HOSPITALARIA: _____

PARTIDA: _____

PROVEEDOR: _____

PERIODO DE CAPACITACIÓN: _____

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

(COSTOS)

Q

1

R

X

14

9



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

DICIPA S.A. DE C.V.
DCP-790511-D36

Secretaría De Salud De La Ciudad De México
Dirección General De Administración Y Finanzas
Dirección De Recursos Materiales, Abastecimientos Y Servicios
Jefatura De La Unidad Departamental De Compras Y Control De Materiales
Oficio No. SSCDMX/DGAF/DRMAS/SRM/JUDCCM/958-1/2019
Ciudad de México a 06 de Mayo de 2019

Lic. Jesús Antonio Garrido Ortigosa

Director General De Administración Y Finanzas

Atención: A la Jefatura De La Unidad Departamental De Compras Y Control De Materiales

Presente:

SEROLOGIA INFECCIOSA			
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	SUBPARTIDA	\$ 244.86
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C	SUBPARTIDA	\$ 244.86
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	PRUEBAS DE ANTICUERPOS PARA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B	SUBPARTIDA	\$ 244.86
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA TREPONÉMICA PARA ANTICUERPOS CONTRA Treponema pallidum (Sífilis)	SUBPARTIDA	\$ 244.86
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA PARA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS PARA LA TRIPANOSOMIASIS AMERICANA (ENFERMEDAD DE CHAGAS)	SUBPARTIDA	\$ 244.86
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	ANTIGENO ROSA DE BENGALA PARA LA DETERMINACIÓN DE BRUCELA	SUBPARTIDA	\$ 244.86
BIOMETRIA HEMATICA			
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	BIOMETRIA HEMATICA	SUBPARTIDA	\$ 68.90
BOLSAS Y FILTROS			
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	BOLSAS CUADRUPLAS PARA SANGRADO DE DONADORES	SUBPARTIDA	\$ 636.00
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	BOLSAS TRIPLES PARA SANGRADO DE DONADORES	SUBPARTIDA	\$ 636.00
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	BOLSAS DE TRANSFERENCIA UNIDA A LA BOLSA PRINCIPAL 150 O 100mL PARA VOLUMENES PEQUEÑOS CON CONECTOR ESTERIL	SUBPARTIDA	\$ 636.00



Dicipa, S.A. de C.V.
Edificio Metrópoli Patriotismo II
Av. Patriotismo # 201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos, C.P. 03900
Alcaldía Benito Juárez, C.B. 03900
Ciudad de México
Tel. (55) 5093 2000
RFC: DCP790511-D36

Secretaría De Salud De La Ciudad De México
Dirección General De Administración Y Finanzas
Dirección De Recursos Materiales, Abastecimientos Y Servicios
Jefatura De La Unidad Departamental De Compras Y Control De Materiales
Oficio No. SSCDMX/DGAF/DRMAS/SRM/JUDCCM/958-1/2019
Ciudad de México a 06 de Mayo de 2019

Lic. Jesús Antonio Garrido Ortigosa

Director General De Administración Y Finanzas

Atención: A la Jefatura De La Unidad Departamental De Compras Y Control De Materiales

Presente:

INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	BOLSAS DE TRANSFERENCIA MULTIPLES ESTERIL CON SISTEMA DE UNION CONECTOR ESTERIL	SUBPARTIDA	\$ 636.00
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	FILTRO PRE-ALMACENAMIENTO PARA LEUCOREDUCIR CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	SUBPARTIDA	\$ 636.00
INMUNOHEMATOLOGIA			
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO, PRUEBA ABO (DIRECTA E INVERSA) Y RH.	SUBPARTIDA	\$ 151.47
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA CRUZADA	SUBPARTIDA	\$ 151.47
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	FENOTIPOS ERITROCITARIOS FUERA DEL SISTEMA ABO (RH, KELLY ENTRE OTROS)	SUBPARTIDA	\$ 151.47
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA DIRECTA	SUBPARTIDA	\$ 151.47
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA INDIRECTA	SUBPARTIDA	\$ 151.47
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES*	SUBPARTIDA	\$ 151.47
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	IDENTIFICACION DE ANTICUERPOS IRREGUALES*	SUBPARTIDA	\$ 151.47
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	ANTICUERPOS CONTRA ERITROCITOS	SUBPARTIDA	\$ 151.47
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	ANTICUERPOS CONTRA LEUCOCITOS	SUBPARTIDA	\$ 151.47
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	ANTICUERPOS CONTRA LINFOCITOS	SUBPARTIDA	\$ 151.47



Dicipa, S.A. de C.V.
Edificio Metrópoli Patriotismo II
Av. Patriotismo # 201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos, C. P. 03900
Alcaldía Benito Juárez, C. B. 03900
Ciudad de México
Tel. (55) 5093 2000
RFC: DCP790511-D36

Secretaría De Salud De La Ciudad De México
Dirección General De Administración Y Finanzas
Dirección De Recursos Materiales, Abastecimientos Y Servicios
Jefatura De La Unidad Departamental De Compras Y Control De Materiales
Oficio No. SSCDMX/DGAF/DRMAS/ΣRM/JUDCCM/958-1/2019
Ciudad de México a 06 de Mayo de 2019

Lic. Jesús Antonio Garrido Ortigosa

Director General De Administración Y Finanzas

Atención: A la Jefatura De La Unidad Departamental De Compras Y Control De Materiales

Presente:

INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE			
ANTICUERPOS CONTRA PLAQUETAS		SUBPARTIDA	\$ 151.47
PRUEBAS DE ACIDOS NUCLEICOS			
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		VIH	\$ 458.98
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		HVC	\$ 458.98
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		HVB	\$ 458.98
PRUEBAS CONFIRMATORIA			
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		PRUEBA CONFIRMATORIA PARA SIFILIS	\$ 1,697.59
AFERESIS Y RECAMBIO PLASMATICO			
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		EQUIPO DE PLAQUETAFERESIS	\$ 5,247.00
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		OTROS PROCEDIMIENTOS DE AFERESIS (ERITROCITAFARESIS, LEUCOAFARESIS) CPH	\$ 5,247.00
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO Y/O PLASMAFERESIS	\$ 5,247.00
PRUEBAS ESPECIALES			
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		CITOMETRIA DE FLUJO CD34	\$ 1,236.91
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		ESTUDIOS DE AGREGROMETRIA AUTOMATIZADA	\$ 1,236.91
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		PRUEBA DE FACTOR VIII	\$ 206.70
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE		PRUEBA DE HEMOLISIS A CONCENTRADOS ERITROCITARIOS	\$ 424.00



Dicipa, S.A. de C.V.
Edificio Metrópoli Patriotismo II
Av. Patriotismo # 201, piso 8
Col. San Pedro de los Pinos,
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03900
Ciudad de México
Tel. (55) 5093 2000
RFC: DCP790511-D36

Secretaría De Salud De La Ciudad De México
Dirección General De Administración Y Finanzas
Dirección De Recursos Materiales, Abastecimientos Y Servicios
Jefatura De La Unidad Departamental De Compras Y Control De Materiales
Oficio No. SSCDMX/DGAF/DRMAS/SRM/JUDCCM/958-1/2019
Ciudad de México a 06 de Mayo de 2019

Lic. Jesús Antonio Garrido Ortigosa

Director General De Administración Y Finanzas

Atención: A la Jefatura De La Unidad Departamental De Compras Y Control De Materiales

Presente:

CONTROL DE CALIDAD			
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	CONTROL DE CALIDAD EXTERNO-EN LAS DETERMINACIONES INMUNOHEMATOLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA **	\$ 16,657.90
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PARA DETERMINACIONES SEROLÓGICAS	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA **	\$ 36,342.10
INTEGRAL DE BANCO DE SANGRE	CONTROL MICROBIOLÓGICO A HEMOCOMPONENTES	PRUEBA EFECTIVA REALIZADA **	\$ 636.00

PROTESTO LO NECESARIO
C. ALEJANDRO GARCIA ANGULO
REPRESENTANTE LEGAL


FIRMA

R.F.C. DCP-790511-D36



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

DICIPA S.A. DE C.V.
DCP-790511-D36

Secretaría De Salud De La Ciudad De México
Dirección General De Administración Y Finanzas
Dirección De Recursos Materiales, Abastecimientos Y Servicios
Jefatura De La Unidad Departamental De Compras Y Control De Materiales
Oficio No. SSCDMX/DGAF/DRMAS/SRM/JUDCCM/958-1/2019
Ciudad de México a 06 de Mayo de 2019

Lic. Jesús Antonio Garrido Ortigosa
Director General De Administración Y Finanzas
Atención: A la Jefatura De La Unidad Departamental De Compras Y Control De Materiales
Presente:

Alejandro García Angulo, representante legal de Dicipa, S.A. de C.V., Manifiesto bajo protesta de decir verdad lo siguiente:

- Grado de integración nacional: 100% Nacional.
- Vigencia de la cotización: Hasta el 31 de Diciembre del 2019.
- Periodo de garantía del servicio: Un año después de la vigencia de contrato.
- Tiempo de entrega (bienes) o ejecución (servicios): Se respetara calendario programación y suministro de materiales con base a la solicitud de unidades médicas que cuenten con el servicio de laboratorio.
- En su caso caducidad que no deberá ser menor a doce meses a partir de la fecha de entrega, siendo relevante señalar que dentro del servicio integral se suministre controles de calidad con menor caducidad para dar cumplimiento al control de calidad externo que ampara la ficha técnica.
- Lugar de entrega: Se realizará donde la Secretaría de Salud de la Ciudad de México indique.

Atentamente


Alejandro García Angulo
Representante Legal
Dicipa, S.A. de C.V.