

CONVENIO DE COLABORACIÓN, PARA EL SUMINISTRO Y RECUPERACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE HUMANA Y DE SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS, EN SUS RESPECTIVOS BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, EL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO, EN LO SUCESIVO "EL ISEM", REPRESENTADO POR EL SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL, DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS, ASISTIDO POR LOS COORDINADORES DE SALUD Y DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, DR. CARLOS ESTEBAN ARANZA DONIZ Y LIC. FRED RESCALA JIMÉNEZ, RESPECTIVAMENTE, Y POR LA CLÍNICA MATERNO INFANTIL CAROLINA, EN LO SUCESIVO "LA CLÍNICA", REPRESENTADA POR LA DIRECTORA GENERAL, DRA. MELBA MONTENEGRO BARRERA, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE DENOMINARÁ "LAS PARTES" Y LO HACEN DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS.

### ANTECEDENTES

La sangre, componentes sanguíneos y hemoderivados de seres humanos, seguros e inocuos constituyen un recurso terapéutico, de uso universal, para suplir diversas deficiencias sanguíneas en los seres humanos. Una transfusión de éstos, puede salvar la vida de un paciente, contribuir a restituir su salud o mejorar su calidad de vida, de ahí la necesidad de que los servicios de salud público, social y privado, mantengan un suministro oportuno de sangre segura y que garanticen que su uso terapéutico sea adecuado y racional.

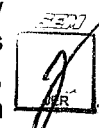
En términos de la Ley General de Salud, la disposición de sangre y sus componentes y células de seres humanos, con fines terapéuticos, estará a cargo de los establecimientos siguientes: Bancos de Sangre, Centros de Procesamiento de Sangre, Centros de Colecta, Centros de Distribución de Sangre y Componentes Sanguíneos, Servicios de Transfusión Hospitalarios y Centros de Calificación Biológica, que cuenten con autorización para su funcionamiento y serán los responsables de la seguridad Transfusional.

La donación de sangre humana y sus componentes para efectos de trasfusiones y otros usos terapéuticos, es a título gratuito, sin embargo, existen costos significativos asociados al reclutamiento y educación de los donantes, a la extracción, a las determinaciones analíticas, a la preparación de componentes sanguíneos, aseguramiento de la calidad, almacenamiento y distribución, así como, aquellos derivados de la infraestructura y mantenimiento de los establecimientos de salud. Por ello, periódicamente se da a conocer a las Instituciones y Establecimientos del Sector Salud, a través del **Periódico Oficial "GACETA DEL GOBIERNO"**, las cuotas de recuperación que aplica "EL ISEM" a través del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, las que deberán cubrir los solicitantes de sangre o sus componentes y hemoderivados de seres humanos, en el catálogo y tabulador correspondiente.

Los artículos 3° fracción XXVIII, 340, 341 Inciso A, 341 Bis, 342, 342 Bis 1, 342 Bis 2 y 342 Bis 3 de la Ley General de Salud, establecen que el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y células de seres humanos con fines terapéuticos, es materia de salubridad general y que la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) y de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) ejercen dicho control. Que "EL ISEM" tiene competencia en la entidad, para proponer las políticas idóneas para la cobertura y acceso equitativo de

R

*[Handwritten signature]*



la sangre y sus componentes, para uso terapéutico, con la finalidad de estimular la autosuficiencia, utilización racional y mejorar la captación, procesamiento y almacenamiento. Que dentro de su estructura administrativa cuenta con el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea que tiene entre sus objetivos y funciones, acciones organizadas, mecanismos de coordinación y comunicación, para vigilar y controlar el cumplimiento de la normatividad aplicable en la capacitación, promoción, captación, análisis, preparación, conservación y suministro de sangre humana, sus componentes y células progenitoras hematopoyéticas con fines terapéuticos, promover la suscripción de Acuerdos y Convenios de Colaboración y Concertación de Acciones a través de los Bancos de Sangre de "EL ISEM", con los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Hospitalarios de los establecimientos de salud de los sectores público, social y privado, para proveer de los productos sanguíneos; así como para establecer el sistema de cuotas de recuperación en materia de su competencia.

Atendiendo a los Programas Prioritarios de Salud del Instituto de Salud del Estado de México es preponderante establecer Acuerdos, Convenios que faciliten un intercambio para garantizar el abasto en la red de Bancos de Sangre, lo que propiciará condiciones igualitarias de atención con calidad.

En el Sistema Nacional de Salud podrán participar los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado para lo cual, la Secretaría de Salud promoverá y fomentará la participación de estos últimos en las campañas permanentes de concientización sobre la importancia de la donación de sangre y sus componentes para efectos de transfusiones y otros usos terapéuticos, mediante la suscripción de Acuerdos y Convenios de Colaboración y Concertación de Acciones, conforme lo establecen los artículos 10, 11 y 316 Bis 1 de la Ley General de Salud y Apartados 1.2 y 4.11 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos o la que la sustituya, además de otras aplicables.

## DECLARACIONES

### I. DE "EL ISEM":

I.1. Que conforme a lo dispuesto en los artículos 2.5 y 2.16 del Código Administrativo del Estado de México, es un Organismo Público Descentralizado con personalidad jurídica, patrimonios propios y tiene entre sus objetivos la prestación de los servicios de salud en la Entidad, impulsar las estrategias para el desarrollo de campañas altruistas de captación de sangre humana, sus componentes con fines terapéuticos con el fin de coadyuvar a la protección de la salud.

I.2. Que el Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas, fue designado Secretario de Salud y Director General por el C. Gobernador Constitucional del Estado de México, según consta en el nombramiento de fecha 16 de septiembre de 2017, por lo que cuenta con atribuciones legales para celebrar, en nombre y representación del Instituto de Salud del Estado de México, Convenios de esta naturaleza de conformidad a lo dispuesto en los artículos 294 fracciones VIII, IX y X del Reglamento de Salud del Estado de México y 12 fracción III y XXI del Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

I.3. Que los Coordinadores de Salud y de Administración y Finanzas, participan en la suscripción del presente Instrumento de conformidad con los artículos 13 fracciones VI y XIX, 16 fracciones III y XV, y 30 fracciones IV y XXIV, del Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.

I.4. Que el **BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLÁN "GENERAL JOSÉ VICENTE VILLADA"** forma parte de la estructura organizacional y conforme a la normatividad aplicable, cuenta con la infraestructura, equipo y personal capacitado e idóneo para prestar los servicios de Banco de Sangre humana o de sus componentes con fines terapéuticos, previa evaluación del receptor, cuenta con **LICENCIA SANITARIA** número **12 TS 015 024 11** para servicio de transfusión y **AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO** número **143300557C0035**, de fecha 8 de abril de 2014, expedidos por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, señalando como responsable a la **DRA. MARÍA DEL CARMEN CONTRERAS LOZANO**.

I.5. Que para efectos del presente Convenio, así como para recibir toda clase de comunicaciones, señala como su domicilio el ubicado en Avenida Independencia Oriente número 1009, Colonia Reforma y Ferrocarriles Nacionales, Toluca de Lerdo, Estado de México, Código Postal 50070.

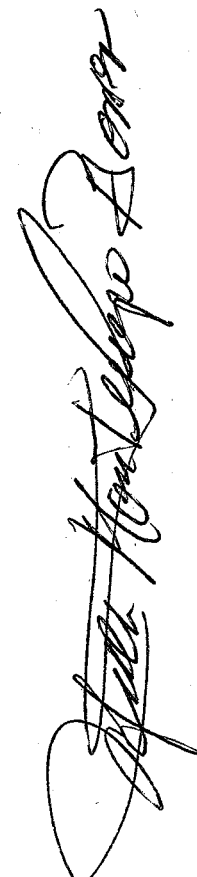
## II. DE "LA CLÍNICA":

II.1. Que sus actividades son entre otras, ejercer funciones de Servicio de Transfusión Hospitalario.

II.2. Que tiene por objeto social: la prestación de servicios profesionales en las distintas ramas de la medicina, servicios médicos hospitalarios y quirúrgicos de medicina en general al público, con servicios auxiliares al tratamiento médico entre ellos, el de Transfusión Sanguínea Hospitalario.

II.3. Que la **DRA. MELBA MONTENEGRO BARRERA** en su carácter de Propietario y Representante Legal, es una persona física con facultades para suscribir el presente Convenio cuenta con Registro Federal de Causantes **MOBM600326418** y para efectos de su identificación presenta su credencial para votar número **0222047458006**, expedida por el Instituto Federal Electoral, mismos que en fotocopia se adjuntan al presente Convenio como **ANEXOS UNO Y DOS**.

II.4. Que **"LA CLÍNICA"** conforme a la normatividad aplicable, cuenta con la infraestructura, equipo, instrumental e insumos necesarios y personal capacitado e idóneo para prestar los servicios de Transfusión Hospitalario de sangre humana o de sus componentes con fines terapéuticos previa evaluación del receptor, cuenta con **LICENCIA SANITARIA** número **12 TS 15 010 037**, para Servicio de Transfusión y **AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO** número **14330057C0005** de fecha 31 de octubre de 2011, expedido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y que autoriza al establecimiento para realizar: manejo, conservación y aplicación de sangre humana y de sus componentes con fines terapéuticos obtenidos de un Banco de Sangre autorizado, señalando como responsable a la **DRA. MELBA MONTENEGRO BARRERA** mismos que se adjuntan como **ANEXOS TRES Y CUATRO**.



II.5. Que para el manejo de sangre humana y de sus componentes con fines terapéuticos tiene conocimiento de las disposiciones de carácter legal, como son: la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y en Materia de Seguridad Sanguínea; así como, lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos y demás aplicables, declarando además que acepta someterse a la legalidad y políticas sanitarias que imperan en el país y el Estado de México sin reserva alguna, apegándose también a las normas médicas y éticas aplicables que resultaran ser en materia internacional en cuestiones relativas a la disposición de sangre y sus componentes con fines terapéuticos.

II.6. Que derivado de su necesidad de suministro de sangre humana y sus componentes requiere de "EL ISEM", apoyo técnico en los procedimientos de laboratorio, fraccionamiento, procedimiento de aféresis y lavado de células necesarios para la atención de pacientes.

II.7. Que para efectos del presente Convenio; así como, para recibir toda clase de comunicaciones, señala como su domicilio el ubicado en Calle 5 de Mayo número 7, Colonia Centro, Apaxco, Estado de México, Código Postal 55660.

### III. DE "LAS PARTES":

III.1. Que están conscientes que la sangre es un tejido valioso que se utiliza mundialmente para suplir diversas deficiencias sanguíneas, la cual una vez que se recolecta, procesa y almacena con los estándares internacionales de calidad y seguridad sanguínea, tienen capacidad para su distribución y aplicación, a efecto de disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades por transfusión, constituyendo un vehículo idóneo para mejorar la calidad de vida de las personas.

III.2. Que para la ejecución del presente Convenio "LAS PARTES" se comprometen a acatar la normatividad, contenida: en la Ley General de Salud, en Materia de Seguridad Sanguínea, Capítulo II de la Educación para la Salud, artículo 112 fracción III, Título Décimo Cuarto de la Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida, Capítulo I de las Disposiciones Comunes, artículos: 313 fracciones I, III y V, 316 Bis 1, Capítulo II de la Donación, artículos 322, 323 fracción II, 327, Capítulo III Bis de la Disposición de sangre, componentes sanguíneos, hemoderivados y células troncales de seres humanos, artículos 341 inciso A), fracciones I, II, III, IV y V, 341 Bis, 341 Bis 1, 342 Bis 3 fracciones I, II, III, IV y VI, Capítulo VI de los Delitos, artículo 462, fracciones II, VI y VII, está prohibido el comercio de órganos, tejidos y células. La donación de éstos se registrará por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su obtención y utilización serán estrictamente a título gratuito, en su Reglamento en Materia de Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. En lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos o la que la sustituya; todas las actividades relativas a la disposición de sangre humana y sus componentes sanguíneos deberán registrarse, de forma que permitan garantizar la trazabilidad de las unidades, desde su extracción hasta su uso terapéutico o destino final y viceversa.

*[Handwritten signature: Juan Carlos López]*

*[Stamp: ISEM]*

*[Handwritten mark: R]*

III.3. Que están conscientes de que la sangre una vez recolectada, por sí misma no puede ser utilizada, sino que se requiere para garantizar su calidad, efectuar pruebas para la detección de enfermedades transmisibles por transfusión, así como practicar pruebas inmunohematológicas entre otras y ello, necesariamente implica costos, por lo que resulta imprescindible aplicar las cuotas de recuperación en materia de intercambio de sangre humana y de sus componentes, las cuales no se consideran actos de comercio; mismas que deben cubrir los solicitantes de componentes sanguíneos para garantizar su disponibilidad.

Expuesto lo anterior **"LAS PARTES"** sujetan sus compromisos a la forma y términos que establecen las siguientes:

### CLÁUSULAS

#### PRIMERA.- OBJETO.

El presente Convenio tiene por objeto, que **"LAS PARTES"** establezcan las bases y mecanismos de colaboración y concertación de acciones, para realizar actividades de suministro y recuperación de unidades de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, en sus respectivos bancos de sangre y servicios de transfusión hospitalaria.

#### SEGUNDA.- DE LAS OBLIGACIONES DE "LA CLÍNICA".

Por conducto de su Directora General y Médico Responsable Sanitario del Servicio de Transfusión Hospitalario se obliga a:

1. Registrar ante **"El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea"** y el **Banco de Sangre del Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"** el nombre y firma de su médico responsable sanitario del citado Banco de Sangre, así como a comunicarles de forma inmediata, la destitución, la baja, o cambio de éste.
2. Mantener comunicación con el **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** y **"El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea"** para el suministro de los componentes sanguíneos cuando así lo requiera, con el propósito de verificar la existencia y disponibilidad de los mismos, debiendo informar el grupo sanguíneo ABO, Rh, Hematocrito y diagnóstico del paciente, etc., y demás instrucciones escritas para tal efecto en la guía de procedimientos, que se adjunta como **ANEXO CINCO**.
3. Presentar en el **Banco de Sangre del Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"** la solicitud de unidades de componentes sanguíneos, debidamente firmada por él y el médico tratante, previamente autorizado por **"El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea"**, en el cual se expresarán con claridad todos los datos, siguiendo las instrucciones escritas en la guía de procedimientos, que se adjunta como **ANEXO CINCO**.
4. Acudir personalmente a recibir los componentes sanguíneos solicitados, con un contenedor termo-aislante y demás características establecidas en los Apartados 13.5, 13.5.1, 13.5.2 incisos a, b, c, d, e, f, g, h, i, de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes



con fines terapéuticos, en condiciones que aseguren su viabilidad y funcionalidad; así mismo, firme los registros y cartas compromiso, siendo **"LA CLÍNICA"** totalmente responsable de la firma de la citada carta.

5. Retribuir las unidades de productos sanguíneos que le fuesen entregadas, con el objeto de recuperarlas de manera inmediata o a más tardar dentro de los tres días siguientes a la fecha de recepción y con el procedimiento establecido y ordenado en los artículos 322 y 327 de la Ley General de Salud y en los Apartados 4.9 y 4.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, **"El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea"** de **"EL ISEM"**, que esencialmente consiste en:
  - a) Enviar donantes por cada unidad de productos sanguíneos, remitiéndolos al **Banco de Sangre del Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"**, previo envío de su respectivo lunch, y de conformidad con lo señalado en el **ANEXO SEIS**.
  - b) La donación de éstos se registrará por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, haciendo énfasis, en que toda donación de sangre o de sus componentes deberá ser voluntaria, libre de coacción y acto de comercio, es decir, no se podrán solicitar depósitos excesivos para cumplir con la obligación de llevar donantes al **Banco de Sangre del Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"**.
  - c) Implementar programas de educación, informando y sensibilizando a la comunidad dentro de su área de influencia para fomentar la donación voluntaria y altruista, periódica y responsable con la finalidad de mantener una fuente de donantes sanos y comprometidos.
  - d) Gestionar campañas de promoción de donantes voluntarios y colectas de sangre en su establecimiento y/o en dependencias, instituciones o empresas, esto es, con la finalidad de disminuir el rezago numérico de adeudo de donantes. En el entendido que las Unidades de Sangre recolectadas ingresarán al **Banco de Sangre del Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"**.
6. Cubrir las cuotas de recuperación en el nivel 3 del Tabulador de **"El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea"**, aprobado por el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, y que conforma el **ANEXO SIETE**, con el procedimiento ordenado por **"El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea"** que esencialmente consiste en:
  - a) Depósito o transferencia bancaria en la cuenta número 0150576840 de la Institución Bancaria BBVA BANCOMER.
  - b) Efectivo en el área de Cajas del Departamento de Recursos Financieros del **Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"**.

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

7. Realizar el pago de las cuotas de recuperación y hacer la comprobación del mismo, siguiendo las instrucciones escritas en la guía de procedimientos, que se adjunta como **ANEXO CINCO**.
8. Efectuar una reunión mensual de evaluación y conciliación en "**El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea**" y el **Banco de Sangre del Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de "**EL ISEM**", dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente; derivada de la entrega-recepción de las unidades de productos sanguíneos, incidencias y/o adeudos.

### TERCERA.- DE LOS COMPROMISOS DE "EL ISEM".

Por conducto del **Banco de Sangre del Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"** y "**El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea**" se obliga a:

1. Suministrar a las unidades de sangre o de sus componentes que requieran al recibir la solicitud y el comprobante de pago correspondiente, siempre y cuando se tengan en existencia y disponibilidad.
2. Realizar y garantizar las pruebas de hemocompatibilidad de acuerdo con lo establecido en los Apartados 9.5, 9.5.1, 9.5.1.1, 9.5.1.2 y demás aplicables de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
3. Proporcionar a "**LA CLÍNICA**" asesoría gratuita tendiente a resolver las dudas que pudieran surgir respecto de la aplicación adecuada de la sangre o de sus componentes.
4. Dar asesoría a "**LA CLÍNICA**" para la instalación del Comité de Medicina Transfusional, los avances obtenidos en la materia; así como, para el llenado y entrega de los informes mensuales.
5. Evaluar la necesidad terapéutica de los componentes sanguíneos solicitados.
6. Orientar a "**LA CLÍNICA**" respecto del lugar o establecimientos en donde puedan obtenerse los componentes sanguíneos, para el caso de que el **Banco de Sangre del Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"** no los tenga en existencia.
7. Llevar a cabo el control de los ingresos y egresos de productos sanguíneos, mediante sistemas electrónicos y formatos impresos, que deberán firmar, el responsable del Área de Fraccionamiento del **Banco de Sangre del Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"** y por la persona que reciba las unidades de sangre y/o de sus componentes.



HR

8. **"El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea"** de **"EL ISEM"**, coordinará las colectas que organice **"LA CLÍNICA"** con la finalidad de disminuir el rezago numérico de adeudo de donantes; le brindará información y asesoría para el proceso de las mismas en tiempo y forma, dichas colectas se realizarán en base a una agenda previamente establecida.

#### **CUARTA.- DE LA CONFIDENCIALIDAD.**

**"LAS PARTES"** se obligan a respetar y guardar estricta confidencialidad y reserva conforme a lo establecido en el artículo 13 fracción IV de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

En caso de incumplimiento, **"LAS PARTES"** asumirán, las consecuencias derivadas de la violación de dicha confidencialidad y reserva, por lo que **"EL ISEM"** a través de **"El Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea"**, el **Banco de Sangre del Hospital General Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"** y **"LA CLÍNICA"** informarán al inicio de sus actividades dicha situación al personal que participe en la realización de las acciones a desarrollar objeto del presente Convenio.

#### **QUINTA.- DE LOS AVISOS.**

**"LAS PARTES"** se comprometen a dar aviso de cualquier cambio relativo a la licencia sanitaria, del responsable sanitario, de manera oportuna y por escrito en un plazo no mayor de treinta días naturales, de no ser así, la parte que omita notificar el cambio, asumirá la responsabilidad que se produzca.

#### **SEXTA.- DE LA RELACIÓN LABORAL.**

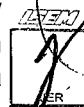
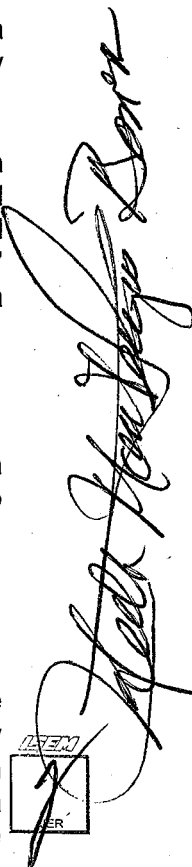
Queda expresamente estipulado entre **"LAS PARTES"** que suscriben el presente Convenio que, en atención a que cada una de ellas cuenta con el personal necesario y con elementos propios para realizar las actividades objeto de este Convenio, en esa medida aceptan que, en relación con el personal que llegase a trabajar con motivo de la ejecución de este Convenio, no existirá relación alguna de carácter laboral, civil, ni de seguridad social con la contraparte, por lo que no podrá considerárseles como patrones sustitutos o solidarios y cada una de ellas asumirá las responsabilidades que de tal relación laboral les corresponda.

#### **SÉPTIMA.- DE LA VIGENCIA.**

**"LAS PARTES"** acuerdan que la vigencia del presente convenio es de un año, contado a partir de la fecha de su firma. Si al concluir su vigencia ambas partes no lo objetaran, podrá ser renovado automáticamente por el mismo lapso, mediante solicitud por escrito a **"LA CLÍNICA"**, notificándolo y entregándole con treinta días naturales de anticipación.

#### **OCTAVA.- DE LA TERMINACIÓN ANTICIPADA.**

Cualquiera de **"LAS PARTES"** podrá dar por terminado este Convenio con antelación a su vencimiento, mediante aviso por escrito a la contraparte, notificándola con treinta días naturales de anticipación. En tal caso, ambas partes tomarán las medidas necesarias para evitar perjuicios, tanto a ellas como a terceros.



### NOVENA.- DE LA RESCISIÓN.

"LAS PARTES" convienen que el presente Convenio podrá ser rescindido por cualquiera de ellas, sin necesidad de declaración judicial, por incumplimiento a los términos estipulados en el mismo, en especial cuando "LA CLÍNICA" no cumpla con el envío de donantes para donación voluntaria y reposición de sangre y sus componentes y/o el pago de las cuotas de recuperación, de las unidades de sangre o de sus componentes que se les hubiera entregado.

De optarse por la rescisión, la parte afectada deberá notificar a la otra parte por escrito, para que en un término de diez días hábiles contados a partir del día siguiente en que reciba la notificación, manifieste lo que a su derecho convenga, transcurrido dicho plazo opera la rescisión.

### DÉCIMA.- DE LA JURISDICCIÓN.

Para la interpretación y cumplimiento del presente Convenio; así como, para todo aquello que no esté expresamente estipulado en el mismo, "LAS PARTES" se someterán a la Jurisdicción de los Tribunales Estatales Competentes, ubicados en la Ciudad de Toluca de Lerdo, por lo tanto renunciarán al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio, presente, futuro o por cualquiera otra causa.

Leído que fue el presente Convenio por "LAS PARTES" y enteradas de su contenido y consecuencias legales, lo firman de conformidad en dos tantos al margen y al calce, en la Ciudad de Toluca de Lerdo, Estado de México, a los dieciséis días del mes de julio del año dos mil veinte.

POR "EL ISEM"  
EL SECRETARIO DE SALUD Y  
DIRECTOR GENERAL

POR "LA CLÍNICA"  
LA DIRECTORA GENERAL



DR. GABRIEL JAIME O'SHEA CUEVAS

DRA. MELBA MONTENEGRO BARRERA

EL COORDINADOR DE SALUD

DR. CARLOS ESTEBAN ARANZA DONIZ

EL COORDINADOR DE  
ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

LIC. FRED RESCALA JIMÉNEZ

## ANEXOS

### ANEXO UNO

IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA DIRECTORA GENERAL DE "LA CLÍNICA".

### ANEXO DOS

ALTA EN HACIENDA E INSCRIPCIÓN AL R.F.C. DE LA DIRECTORA GENERAL DE "LA CLÍNICA".

### ANEXO TRES

LICENCIA SANITARIA DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE "LA CLÍNICA".

### ANEXO CUATRO

AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE "LA CLÍNICA".

### ANEXO CINCO

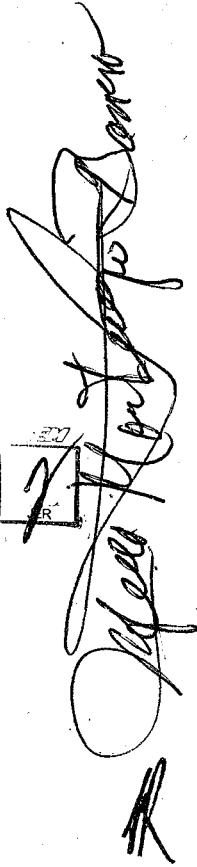
GUÍA DE PROCEDIMIENTOS.

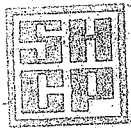
### ANEXO SEIS

RECUPERACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE O DE SUS COMPONENTES, UNIDAD POR DONANTES.

### ANEXO SIETE

TABULADOR DEL CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA 2020.

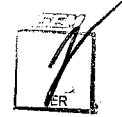
A large, stylized handwritten signature in black ink is written vertically on the right side of the page. To the left of the signature, there is a small rectangular stamp containing the number '21' and some illegible text.



FOLIO  
A 0835807

SECRETARIA DE HACIENDA  
Y CREDITO PUBLICO  
SUBSECRETARIA DE INGRESOS

CEDULA DE REGISTRO  
FEDERAL DE CONTRIBUYENTES



MOEM-600326418

CLAVE DE REG. FED. DE CONTRIBUYENTE

MONT ENIGRO BARRERA  
NOMBRE

MELBA

1990

*Handwritten signature: Montenegro Barrera*

*Handwritten initials: MB*



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL  
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES  
CREDENCIAL PARA VOTAR

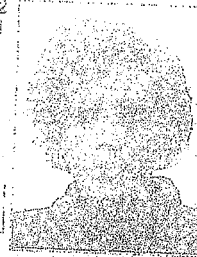
NOMBRE  
MONTENEGRO  
BARRERA  
NELEA

EDAD 52  
SEXO M

DOMICILIO  
C 5 DE MAYO 7  
COL CENTRO 55660  
APAXCO, MEX.

FOLIO 0000027814210 AÑO DE REGISTRO 1991 02  
CLAVE DE ELECTOR MNBRL60032016M200  
CURP M06M600326MMCNRL00  
ESTADO 15 MUNICIPIO 010  
LOCALIDAD 0001 SECCION 0222  
EMISION 2013 VIGENCIA HASTA 2023

*[Signature]*  
FIRMA



*[Handwritten signature: Montenegro Barra]*



ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE,  
NO ES VÁLIDO SI PRESENTA TACNA-  
DURAS O GRIETADURAS.  
EL TITULAR ESTÁ OBLIGADO A NOTI-  
FICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN  
LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A QUE ESTE  
CUMPLA.

*[Signature]*  
EDUARDO MENDOZA  
SECRETARIO EJECUTIVO DEL  
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL



*[Signature]*

ESTADOS FEDERALES

LOCALIDAD Y ENTIDAD

[Empty box for address details]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SECRETARIA DE SALUD  
COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
COMISION DE AUTORIZACION SANITARIA



SEASS

113301534C0395

NOMBRE DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL: MELBA MONTENEGRO BARRERA  
DENOMINACION DEL ESTABLECIMIENTO: CLINICA MATERNO INFANTIL CAROLINA  
CALLE: 5 DE MAYO No. 7  
COLONIA Y/O LOCALIDAD: CENTRO  
DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO: APAXCO  
CODIGO POSTAL: 55660  
ENTIDAD FEDERATIVA: ESTADO DE MEXICO

LICENCIA SANITARIA No.

**12 TS 15 010 037**

AUTORIZADO PARA:

**SERVICIO DE TRANSFUSIÓN**



FECHA DE EXPEDICION  
**25/01/2012**

VIGENCIA

VIGENCIA INDETERMINADA  
DE CONFORMIDAD AL ARTICULO 370  
DE LA LEY GENERAL DE SALUD



LA PRESENTE AUTORIZACION ES VALIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN  
MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN LAS QUE FUE EXPEDIDA

**DR. ALVARO HERRERA HUERTA**  
SUBDIRECTOR EJECUTIVO DE AUTORIZACIONES EN  
SERVICIOS DE SALUD

Acuerdo por el que se delegan las facultades que se señalan, en los órganos administrativos que en el mismo se indican de la Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios, artículo vigésimo primero por lo que se delega en la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud la facultad de expedir y prorrogar las licencias y permisos sanitarios relacionados con las materias a que se refiere el artículo 3 fracción I incisos a y m del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitario

**COE 006429**

ARTÍCULO 4, FRACCION II INCISO C Y 14 FRACCION I DEL REGLAMENTO DE LA COMISION FEDERAL PARA LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS  
ESTA LICENCIA DEBERA ESTAR EXHIBIDA EN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO

No. DE INGRESO (USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS)

NO. RUPA

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO, LA GUÍA Y EL LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS.  
LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA O A COMPUTADORA.

|                                                                                                     |                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1A. AVISO DE:</b>                                                                                | <b>1B. SOLICITUD DE:</b>                                                      |
| RESPONSABLE SANITARIO DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERAN CON LICENCIA SANITARIA       | ALTA O NUEVO                                                                  |
| ALTA <input checked="" type="radio"/> MODIFICACIÓN O BAJA <input type="radio"/>                     | LICENCIA <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| BAJA DE PERMISO DE RESPONSABLE <input type="checkbox"/>                                             | PERMISO <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>  |
| ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ESTABLECIMIENTO QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/> | AUTORIZACIÓN DE LIBROS <input type="checkbox"/>                               |

|                         |                                                                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| HOMOCLEAVE DEL TRÁMITE: | NOMBRE DEL TRÁMITE:                                                      |
| COFEPRIS-05-037-C       | SOLICITUD DE AVISO DE RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA |

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| MODALIDAD DEL TRÁMITE:                               |
| "C" PARA BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSION |

**2. DATOS DEL PROPIETARIO:**

|                                                                        |                            |                          |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| NOMBRE DEL PROPIETARIO (PERSONA FÍSICA) O RAZÓN SOCIAL (PERSONA MORAL) |                            | R.F.C.                   |
| <b>MELBA MONTENEGRO BARRERA</b>                                        |                            | <b>MOBM-600326-418</b>   |
| CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR                       |                            | C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) |
| <b>5 DE MAYO No.7</b>                                                  |                            |                          |
| LOCALIDAD                                                              | CÓDIGO POSTAL              | DELEGACIÓN O MUNICIPIO   |
| <b>APAXCO</b>                                                          | <b>55660</b>               | <b>APAXCO</b>            |
| ENTRE CALLE                                                            | Y CALLE                    | TELÉFONO                 |
| <b>5 DE FEBRERO</b>                                                    | <b>VENUSTIANO CARRANZA</b> | <b>15999980186</b>       |
|                                                                        |                            | FAX                      |
|                                                                        |                            |                          |

**3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

|                                                  |                                  |                                 |                                             |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|
| SECTOR AL QUE PERTENECE:                         | PÚBLICO <input type="checkbox"/> | SOCIAL <input type="checkbox"/> | PRIVADO <input checked="" type="checkbox"/> |
| RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO  |                                  | R.F.C.                          |                                             |
| <b>CLINICA MATERNO INFANTIL CAROLINA</b>         |                                  | <b>MOBM-600326-418</b>          |                                             |
| CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR |                                  | DELEGACIÓN O MUNICIPIO          |                                             |
| <b>5 DE MAYO No.7</b>                            |                                  | <b>APAXCO</b>                   |                                             |
| LOCALIDAD                                        | CÓDIGO POSTAL                    | ENTIDAD FEDERATIVA              |                                             |
| <b>APAXCO</b>                                    | <b>55660</b>                     | <b>ESTADO DE MEXICO</b>         |                                             |
| ENTRE CALLE                                      | Y CALLE                          | TELÉFONO                        | FAX                                         |
| <b>5 DE FEBRERO</b>                              | <b>VENUSTIANO CARRANZA</b>       | <b>15999980186</b>              |                                             |

|                                                                         |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| No. DE LICENCIA SANITARIA O INDIQUE SI PRESENTÓ AVISO DE FUNCIONAMIENTO | R.F.C. DEL RESPONSABLE SANITARIO O DE OPERACIÓN |
| <b>4411</b>                                                             | <b>MOBM-600326-418</b>                          |

|               |                                                                                                                                            |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CLAVE (SCIAN) | DESCRIPCIÓN DEL SCIAN                                                                                                                      |
| <b>621991</b> | <b>SERVICIOS DE BANCOS DE ORGANOS, BANCOS DE SANGRE Y OTROS SERVICIOS AUXILIARES AL TRATAMIENTO MEDICO PRESTADOS POR EL SECTOR PRIVADO</b> |

|                                                        |                 |
|--------------------------------------------------------|-----------------|
| INDIQUE NOMBRE COMPLETO, C.U.R.P. Y CORREO ELECTRÓNICO |                 |
| REPRESENTANTE LEGAL                                    | NOMBRE          |
| <b>DRA. MELBA MONTENEGRO BARRERA</b>                   |                 |
| C.U.R.P.                                               | (DATO OPCIONAL) |
|                                                        |                 |
| CORREO ELECTRÓNICO                                     |                 |
| <b>joshyvan@hotmail.com</b>                            |                 |
| PERSONA AUTORIZADA                                     | NOMBRE          |
| <b>DRA. MELBA MONTENEGRO BARRERA</b>                   |                 |
| C.U.R.P.                                               | (DATO OPCIONAL) |
|                                                        |                 |
| CORREO ELECTRÓNICO                                     |                 |
| <b>joshyvan@hotmail.com</b>                            |                 |

3

**4 DATOS DEL RESPONSABLE DE ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE OPERA CON LICENCIA SANITARIA:**

ACTOS QUIRÚRGICOS Y/O OBSTÉTRICOS ☐ DISPOSICIÓN Y BANCO DE ORGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS ☐ BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN ☒

ALTA ☒ MODIFICACIÓN ☐ BAJA ☐

NOMBRE COMPLETO **MELBA MONTENEGRO BARRERA** R.F.C. **MOBM-600326-418**

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) CORREO ELECTRONICO **joshyan@hotmail.com**

HORARIO: D X X X X X X DE 08:00 A 18:00 SOLO PARA BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSION SANGUINEA  
 D X X X X X X DE A MEDICO CIRUJANO ☒ HEMATÓLOGO ☐ PATÓLOGO CLÍNICO ☐  
 (CONSTANCIA DE IDONEIDAD)

TÍTULO PROFESIONAL DE **MEDICO CIRUJANO** TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR **U.A.H.** No. DE CÉDULA PROFESIONAL **868020**

TÍTULO DE ESPECIALIDAD DE TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR No. DE CÉDULA DE ESPECIALIDAD

FIRMA DEL RESPONSABLE SANITARIO **31 OCT. 2011** EN CASO DE MODIFICACIÓN DEL RESPONSABLE SANITARIO, INDIQUE EL NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR Y EL R.F.C.

NOMBRE COMPLETO R.F.C.

**5 DATOS DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO QUE UTILIZA FUENTES DE RADIACIÓN PARA FINES MÉDICOS, DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:**

RAYOS X ☐ MEDICINA NUCLEAR ☐ RADIOTERAPIA ☐

ALTA ☐ MODIFICACIÓN ☐ BAJA ☐

NOMBRE COMPLETO R.F.C. CURP (DATO OPCIONAL)

HORARIO: D L M M J V S DE A CON TÍTULO PROFESIONAL DE ESPECIALIDAD DE  
 D L M M J V S DE A

TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR No. DE CÉDULA PROFESIONAL

**6 DATOS DEL ASESOR ESPECIALIZADO EN SEGURIDAD RADIOLOGICA (RESPONSABLE TÉCNICO):**

ALTA ☐ MODIFICACIÓN ☐ BAJA ☐

NOMBRE COMPLETO R.F.C.

C.U.R.P. (DATO OPCIONAL) CALLE, NÚMERO EXTERIOR Y NÚMERO O LETRA INTERIOR

COLONIA DELEGACIÓN O MUNICIPIO

LOCALIDAD CÓDIGO POSTAL ENTIDAD FEDERATIVA

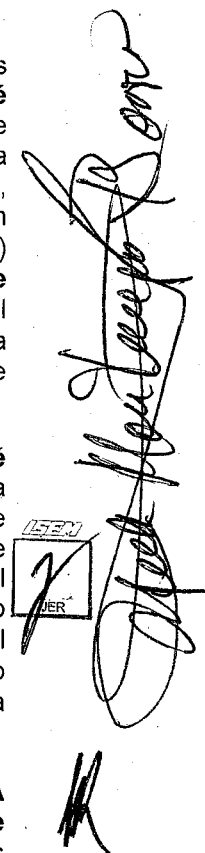
CON TÍTULO PROFESIONAL DE ESPECIALIDAD DE

TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR TÍTULO DE ESPECIALIDAD EXPEDIDO POR No. DE CÉDULA PROFESIONAL

## ANEXO \_\_\_\_ 5 \_\_\_\_

## GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD-RECEPCIÓN DE UNIDADES DE SANGRE Y/O DE SUS COMPONENTES.

1. **"LA CLÍNICA"** entregará una copia simple del presente Convenio en el **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"** asignado para proporcionarle productos sanguíneos, otra en el Área de Cajas, y hará el mismo procedimiento con otro Banco de Sangre de **"EL ISEM"** en supuesto caso de que el asignado no tuviera en existencia o disponibilidad de los mismos.
2. **"LA CLÍNICA"** se comunicará telefónicamente con el **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"** en primera instancia con el propósito de verificar la existencia o disponibilidad de las unidades de componentes sanguíneos que requiera, debiendo indicar: el grupo sanguíneo ABO, Rh, Hb, Hematocrito y diagnóstico presuncional del paciente a recibirla.
3. La solicitud de unidades de componentes sanguíneos se entregará en original y tres copias al **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"** al momento de hacer ésta, efectiva, en la cual se expresarán con claridad: los componentes sanguíneos que se requieran, la fecha y hora en que se pretenden transfundir y los demás datos que incluye el formato. Éste, registrará y archivará el original y regresará las copias restantes a **"LA CLÍNICA"**, quién deberá entregar la primer copia en el Departamento de Recursos Financieros (CAJAS) del **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"** al momento de efectuar el pago, archivará la segunda copia al expediente clínico del paciente y la última en un archivo especial que servirá para la liberación de las cartas compromiso, su conciliación o bien una visita futura de supervisión.
4. Una vez que el **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"** entregue una unidad de sangre o de sus componentes a **"LA CLÍNICA"**, no se permitirá su devolución, y si resultare el caso, de ser compatible con otro paciente, puede ser utilizada, con el correspondiente registro en el libro de control de ingresos y egresos, o esperar su fecha de caducidad para su destino final (RPBI); así mismo, en caso de cancelación tampoco procederá la devolución del pago correspondiente a los estudios realizados a los componentes sanguíneos, ya que el proceso operativo de las pruebas de compatibilidad ha sido realizado con su respectivo gasto; por lo que el médico tratante tendrá la absoluta responsabilidad de justificar dicha transfusión, de conformidad con lo estipulado en el presente Convenio.
5. Al momento de hacer efectiva la solicitud de unidades de componentes sanguíneos, **"LA CLÍNICA"** debe hacer llegar con ella, al **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"**: 2 tubos pilotos (uno de ellos con tapón de color rojo "seco" conteniendo 5ccl. de sangre y el otro con tapón de color lila con EDTA conteniendo 3ccl. de sangre), ambos rotulados con el nombre, diagnóstico, servicio, número de cama y/o número de expediente, todos estos datos del paciente, además del nombre de la persona que realizó la extracción, así como la fecha y hora de la misma, para el caso de solicitar pruebas de hemocompatibilidad.
6. Los tubos piloto, deben ir en gradilla dentro del termo destinado para el traslado de las unidades de componentes sanguíneos. El termo, debe tener las siguientes características: fabricado en plástico resistente, hermético, termoaislante y lavable, con la capacidad suficiente para mantener el rango de temperatura indicado de acuerdo al componente que se pretende transportar, las condiciones climáticas y el tiempo que dure

A large, stylized handwritten signature in black ink is written vertically on the right side of the page. To its left, there is a small rectangular stamp with the word "ISEM" at the top and "SER" at the bottom, with a checkmark in the middle. Below the signature, there is a small, illegible handwritten mark.

el traslado. Deberá contener 2 congelantes (plásticos con gel o agua congelada) en la base del mismo, con separación térmica (con papel estraza o campo de tela de algodón). Es importante, que el termo y los congelantes estén limpios y en buenas condiciones.

7. **"LA CLÍNICA"** enviará el número de donantes que se expresan en el **ANEXO SIETE** de este Convenio, por cada unidad de componentes sanguíneos que solicite, de manera inmediata o a más tardar dentro de los tres días siguientes a la fecha de recepción. Dicho plazo se ampliará conforme a lo estipulado en los Apartados 6.10.6 y subsecuentes de la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos; para el caso de que los donantes enviados no fueran aptos para la donación y/o por no reunir los requisitos que la misma establece.
8. El médico responsable sanitario del Servicio de Transfusión Hospitalario de **"LA CLÍNICA"**, es el responsable de solicitar y recibir las unidades de sangre o de sus componentes, para el caso de no hacerlo, será de su total responsabilidad comisionar a otro trabajador de su área e informárselo al **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"**, éste deberá estar capacitado para: recibir las unidades de sangre o de sus componentes y transportarlas; así mismo, portar una identificación oficial consistente en el gafete de empleado de la Institución, debidamente autorizado, sellado y vigente y al momento de hacer efectiva la solicitud de las unidades de componentes sanguíneos, debe entregar una copia del mismo y firmar las cartas compromiso en responsabilidad compartida con el familiar del receptor de los componentes sanguíneos, proporcionadas por el **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"**, en la cual se obligan a traer donantes conforme a las unidades de productos sanguíneos que reciben, siendo **"LA CLÍNICA"** totalmente responsable de la firma de las citadas cartas.
9. **"LA CLÍNICA"** efectuará el pago de las cuotas de recuperación inmediatamente después de confirmarse la existencia o disponibilidad de los productos sanguíneos y previo a su recepción, en el **NIVEL 3 del Tabulador del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea** de **"EL ISEM"**, en cualquiera de las formas (**depósito o transferencia bancaria o efectivo en la caja del Hospital**) anotando en el documento, los datos completos y correctos de la persona que hace el pago y de **"LA CLÍNICA"**; en el entendido de que dicho tabulador se actualiza periódicamente y será aceptado tácitamente al solicitar las unidades de componentes sanguíneos sin necesidad de modificar ni ratificar el presente Convenio.
10. Para comprobar el pago **"LA CLÍNICA"** deberá entregar una copia del **recibo único Institucional** en el **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"** a la persona encargada de la entrega de los productos sanguíneos y otra copia en la Coordinación Administrativa del **Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea** de **"EL ISEM"**, en la fecha y hora programadas para su reunión de conciliación.
11. El **Banco de Sangre del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada"** de **"EL ISEM"**, llevará un control de las cartas compromiso y mediante un primer oficio de requerimiento con copia al **Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea** de **"EL ISEM"**, le informará de las cartas compromiso no liberadas, otorgándole para su liberación un plazo que no exceda de cinco días hábiles; si transcurrido dicho término no se liberaran, se le notificará por escrito el retiro del apoyo, para lo cual **"LA CLÍNICA"** deberá abstenerse de solicitar unidades de sangre o de sus componentes, para evitar que le sean negadas.

*[Handwritten signature and stamp]*  
 ISEM  
 JER  
*[Handwritten initials]*

## ANEXO \_\_\_\_ 7 \_\_\_\_

**Gobierno del Estado de México**  
**Instituto de Salud del Estado de México**  
**Dirección de Finanzas**  
**Subdirección de Administración de la Beneficencia Pública**  
**Departamento de Control y Registro de Cuotas**

**TABULADOR DEL CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA 2020**

| CLAVE | DESCRIPCIÓN                                    | NIVEL 1  | NIVEL 2  | NIVEL 3    | NIVEL 4    | NIVEL 5    | NIVEL 6    |
|-------|------------------------------------------------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|
| 207   | ESTUDIO DE UNIDAD CONCENTRADO ERITROCITARIO    | \$196.00 | \$710.00 | \$1,178.00 | \$1,849.00 | \$2,950.00 | \$3,933.00 |
| 208   | ESTUDIO DE UNIDAD DE PLASMA                    | \$100.00 | \$354.00 | \$592.00   | \$924.00   | \$1,478.00 | \$1,967.00 |
| 209   | ESTUDIO DE UNIDAD CRIOPRECIPITADOS             | \$39.00  | \$142.00 | \$239.00   | \$369.00   | \$590.00   | \$778.00   |
| 210   | ESTUDIO DE UNIDAD DE CONCENTRADOS PLAQUETARIOS | \$48.00  | \$179.00 | \$295.00   | \$463.00   | \$736.00   | \$985.00   |



Subdirector de Administración de la Beneficencia Pública