

**CONVENIO DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE CONCERTACIÓN DE ACCIONES PARA EL SUMINISTRO Y RECUPERACIÓN DE UNIDADES DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS, EN SUS RESPECTIVOS BANCOS DE SANGRE Y/O SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, REPRESENTADO POR SU DIRECTOR EL DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVÁN, EN LO SUCESIVO EL "CETS", Y POR OTRA PARTE EL HOSPITAL INTEGRAL DE SÚCHIL, DGO, REPRESENTADO POR SU DIRECTORA LA DRA. MARISELA DÍAZ DÍAZ, EN LO SUCESIVO "HOSPITAL-SÚCHIL", AMBAS UNIDADES MÉDICAS DEPENDIENTES DE SERVICIOS DE SALUD DE DURANGO, Y CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLAUSULAS:**

### ANTECEDENTES

**PRIMERO.** - La sangre y los componentes sanguíneos seguros e inoctrinos constituyen un recurso terapéutico, de uso universal, para suplir diversas deficiencias sanguíneas en los seres humanos. Una transfusión de sangre o de sus componentes, 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 mantengan un suministro oportuno de sangre segura y que garanticen que su uso terapéutico sea adecuado y racional.

En los términos de la Ley General de Salud, la disposición de la sangre y de los componentes sanguíneos para uso terapéutico, está a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión que cuenten con autorización para su funcionamiento.

**SEGUNDO.** - La donación de sangre y componentes sanguíneos 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. Por ello, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público periódicamente da a conocer a las Instituciones del Sector Salud, las cuotas de recuperación que aplica "CETS" las que deberán cubrir los solicitantes de componentes sanguíneos, en el catálogo y tabulador correspondiente, los Hospitales y Unidades Médicas pertenecientes a Servicios de Salud de Durango, quedan exentos de realizar algún pago.

**TERCERO.**- Para la ejecución del presente convenio "LAS PARTES", se comprometen a acatar la normatividad en la materia, contenida en la Ley General de Salud, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos o la Norma que la sustituya. Los Artículos 3° fracción XXVIII, 340 y 341 de la Ley General de Salud, establecen que el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, es materia de salubridad general y que la Secretaría de Salud a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) ejerce el control sanitario de la disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas con fines terapéuticos. Que el Banco de Sangre de la Secretaría de Salud, tiene competencia para proponer las políticas idóneas para la cobertura y acceso equitativo de la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, con la finalidad de estimular la autosuficiencia y utilización racional de la sangre y sus componentes y mejoras en la captación, procesamiento y almacenamiento de la sangre y sus componentes, así como proveer a los establecimientos de salud públicos o privados. En el Sistema Nacional de Salud podrán participar los prestadores de servicios de los sectores público, social y privado, para lo cual, la Secretaría de Salud, promoverá y fomentará la participación de estos últimos mediante la suscripción de

SECRETARÍA DE SALUD

Convenios de Concertación de Acciones, conforme lo establecen los Artículos 10° y 11 de la Ley General de Salud.

Está prohibido el comercio de órganos, tejidos y células en términos de lo dispuesto por los artículos 327 y 462 fracción II de la Ley General de Salud.

La sangre es un tejido valioso que se utiliza mundialmente para suplir diversas deficiencias sanguíneas, por si 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 inmune-hematológicas 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, que deban cubrir los solicitantes de los componentes sanguíneos para garantizar su disponibilidad.

**CUARTO.-** En atención a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana **NOM-253-SSA1-2012**, "Para la disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos", establece en las disposiciones generales que ***"Los bancos de sangre deberán establecer y formalizar convenios con otros bancos de sangre o con servicios de transfusión para el intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos, con el objetivo de lograr el abasto oportuno bajo condiciones de seguridad, eficiencia, transparencia y legalidad"***.

#### DECLARACIONES

I.- Declara el **"CETS"**, a través de su director que:

I.1.- Es una Unidad Médica dependiente de Servicios de Salud de Durango, Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, que capta, procesa y almacena sangre humana y sus componentes, además de proveer a establecimientos de atención pública y privada mediante convenios como lo establece la **NOM-253-SSA1-2012**.

I.2.- Que con fecha 16 de octubre de 2016, el Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Durango, otorgó nombramiento al **DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVÁN**, como Director del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, por lo que se encuentra plenamente facultado para suscribir el presente convenio.

I.3.- Cuenta con su Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES) la siguiente: **DGSSA017115**, y con Licencia Sanitaria y Aviso de Funcionamiento que se identifica con el número **15-TS-10-005-0001**.

I.4.- Que tiene establecido su domicilio ubicado en Blvd. José Ma. Patoni número 403, Edificio C, Colonia Predio el Ciprés, C.P. 34217, Durango, Dgo.

II.- Declara el **"HOSPITAL-SÚCHIL"**, a través de su director que:

II.1.- Es una Unidad Hospitalaria dependiente de los Servicios de Salud de Durango, Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, que brinda servicios de atención médica y hospitalización en concordancia con el objeto de Servicios de Salud de Durango, de brindar servicios de salud a población abierta, cumpliendo con el mandato constitucional del artículo 4 de nuestra Carta Magna.

II.2.- Que con fecha 10 de octubre del 2018, el Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Durango, otorgó nombramiento a la **DRA. MARISELA DÍAZ DÍAZ**, como Directora del Hospital Integral de Súchil, Dgo., por lo que se encuentra plenamente facultado para suscribir el presente convenio.

**II.3.-** Cuenta con su Clave Única de Establecimiento de Salud (**CLUES**) la siguiente: **DGSSA17242**, y dentro de su estructura interna cuenta con un área de Servicio de Transfusión Sanguínea, que en cuanto a su Licencia Sanitaria y Aviso de Funcionamiento y Responsabilidad Sanitaria, éstos se encuentran en trámite ante la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios "**COFEPRIS**", designando al responsable sanitarios y al responsable del servicio de trasfusión.

**II.4.-** Que para los efectos legales del presente instrumento jurídico, señala como domicilio el ubicado en Av. Ferrocarril, No. 301, Zona Centro, C.P. 34900, Súchil, Dgo., con número de Teléfono (675) 875-02-08.

Expuesto lo anterior "**LAS PARTES**", sujetan sus compromisos, a las siguientes:

### CLAÚSULAS

**PRIMERA.- OBJETO.-** El presente convenio tiene por objeto, establecer las bases y mecanismos de concertación de acciones entre "**LAS PARTES**", para realizar actividades de suministro y recuperación de unidades de sangre y sus componentes con fines terapéuticos, en su respectivo servicio de transfusión sanguínea.

**SEGUNDA.- DEL REGISTRO.-** "**HOSPITAL-SÚCHIL**", se obliga a registrar ante "**CETS**", el nombre y firma de su médico responsable sanitario, así como a comunicarle de forma inmediata, la destitución, la baja, o cambio de éste.

**TERCERA.- DE LA COMUNICACIÓN PREVIA.-** "**HOSPITAL-SÚCHIL**", se compromete en primer término, a comunicarse telefónicamente con el Centro Estatal de Transfusión Sanguínea "**CETS**", para solicitarle los componentes sanguíneos que requiera, con el propósito de verificar su existencia y disponibilidad en el Banco de Sangre de "**CETS**", debiendo señalar el grupo sanguíneo A-B-O, Rh, Hb, Hto, el diagnóstico previo del paciente a recibirla y en los casos de usos de plasma como sucede en el intercambio plasmático terapéutico.

**CUARTA.- DE LA SOLICITUD.-** "**HOSPITAL-SÚCHIL**", se obliga a presentar al Centro Estatal de Transfusión Sanguínea de "**CETS**", la solicitud de unidades de componentes sanguíneos, debidamente firmada por médico tratante y responsable sanitario del servicio de transfusión utilizando el formato (s) previamente aprobado y autorizados por "**CETS**", como se indica en el **Anexo Uno** en el cual se expresa con claridad: Los Componentes Sanguíneos, que se requieran y los demás datos que incluye el formato, y adjuntar al mismo la (s) solicitudes de pruebas de compatibilidad debidamente requisitado (s) con todos los datos requeridos, utilizando el formato que conforma el **Anexo Dos**, del presente convenio.

**QUINTA.- DEL CONTENEDOR PARA EL TRANSPORTE.-** "**HOSPITAL-SÚCHIL**", se compromete a proporcionar a quien vaya a recoger los componentes sanguíneos, un contenedor termo-aislante, en su caso, con los refrigerantes necesarios, con el fin de que las unidades de sangre o de componentes sanguíneos, sean transportadas en condiciones que aseguren su viabilidad y funcionalidad.

**SEXTA.- DE LA DONACIÓN ALTRUISTA.-** "**HOSPITAL-SÚCHIL**", se compromete a llevar a cabo la promoción y difusión y organización de la donación voluntaria y altruista de sangre, con objeto de recuperarla, para tal efecto se llenara el formato correspondiente. **Anexo Tres**.

**SÉPTIMA.- DE LA OBLIGACIÓN DEL ENVIADO DE FIRMAR UNA CARTA COMPROMISO.-** "**HOSPITAL-SÚCHIL**", se compromete a que el enviado a recoger las unidades de sangre o de componentes

**SECRETARÍA DE SALUD**

sanguíneos solicitados, firme una carta compromiso misma que será proporcionada por el Banco de Sangre del “CETS”, en la cual se obliga a reponer donantes de sangre conforme a las unidades de sangre de sus componentes que recibe, tal como se establece en el Anexo Tres, destinando para ello personas donantes de sangre.

**OCTAVA. - DE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN.** – El “HOSPITAL-SÚCHIL”, quedará exento a cubrir las cuotas de recuperación al “CETS”.

**NOVENA.- DE LOS INFORMES.**- El “HOSPITAL-SÚCHIL”, se obliga a enviar un informe mensual al “CETS”, con la información de los formatos (B) y (C) (en formato Excel y PDF) proporcionados por el “CETS” al correo: **informesmetodología@gmail.com**, **martincets17@gmail.com**, **partyda2020@gmail.com**, esto para su revisión y autorización, en caso de que los archivos excedan su capacidad la información tendrán que proporcionarse en memoria USB, los informes se recibirán en un plazo no mayor de los primeros cinco días del mes, los formatos estarán disponibles y actualizados para su descarga en la siguiente liga <http://drive.google.comdrive/folders/11eXiO8PEcoDNaXucRNTxUNx-ihAwwKP?usp=sharing>.

**DÉCIMA.- DE LA ASESORÍA, EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN.**- Para el cumplimiento del presente convenio “CETS”, expresamente se compromete a:

- a) Proporcionar a “HOSPITAL-SÚCHIL”, asesoría gratuita tendiente a resolverle las dudas que pudieran surgir respecto de la aplicación adecuada de la sangre o de sus componentes;
- b) A evaluar la necesidad terapéutica de los componentes sanguíneos solicitados y;
- c) Dar asesoría al “HOSPITAL-SÚCHIL”, 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.
- d) A orientar al “HOSPITAL-SÚCHIL”, respecto del lugar o Bancos de sangre de la “Red de Sangre” en donde puedan obtenerse las unidades de sangre o los componentes sanguíneos solicitados, para el caso del banco de sangre a quien se realizó la solicitud no cuente con disponibilidad o existencia de los mismos.

**DÉCIMA PRIMERA.- DEL SUMINISTRO DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS.**- “CETS”, se obliga a proporcionar las unidades de sangre o componentes sanguíneos, al recibir la solicitud siempre y cuando se tengan en existencia.

**DÉCIMA SEGUNDA.- “HOSPITAL-SÚCHIL”** designa como responsable Sanitario a la **Q.F.B. KARIME LISBETH PERUSQUIA BETANCOURT**, ante la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios “COFEPRIS”.

**DÉCIMA TERCERA.- “CETS”,** se obliga a anotar en el libro de registro de ingresos y egresos de sangre y sus componentes, lo que señala la Norma Oficial Mexicana **NOM-253-SSA1-2012**, para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos”, o la norma que los sustituya.

Asimismo “CETS”, llevará un formato para el control de ingresos y egresos, que deberá ser firmado por el responsable del “CETS”, y por la persona que reciba las unidades de sangre y/o componentes sanguíneos.

**DÉCIMA CUARTA.-** El “CETS” se obliga a llevar un control de las cartas compromiso **Anexo Tres**, con el propósito de verificar si el “HOSPITAL-SÚCHIL”, dio cumplimiento a la promoción, difusión y organización de Campañas de Donación Voluntaria y Altruista, para la recuperación de la sangre o componentes sanguíneos solicitados, lo que se registrará también, en un sistema de información computarizada.

SECRETARÍA DE SALUD

**DÉCIMA QUINTA.- ACCESO A LA INFORMACIÓN.-** La información y actividades que se presenten, obtengan o produzcan, en virtud del cumplimiento del presente convenio, serán clasificadas por **"CETS"**, atendiendo a los principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y su Reglamento, por lo que **"LAS PARTES"**, se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto a la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento.

En caso de incumplimiento **"LAS PARTES"**, asumirán a título personal, las consecuencias derivadas de la violación de dicha confidencialidad y reserva, por lo que el **"HOSPITAL-SÚCHIL"** y **"CETS"**, informarán al inicio de sus actividades dicha situación al personal que participe en la realización de las acciones a desarrollar objeto del presente Convenio, a fin de dar cumplimiento a esta obligación.

**DÉCIMA SEXTA.- DEL AVISO POR CAMBIOS EN LA DOCUMENTACIÓN O DE LOS QUE SUSCRIBEN ESTE CONVENIO.-** Cualquier cambio relativo a la licencia sanitaria, al responsable sanitario o de las personas que intervengan en este convenio, así como el cambio de domicilio de cualquiera de **"LAS PARTES"**, deberá ser informado oportunamente por escrito, con acuse de recibo y dirigirse a los domicilios señalados por **"LAS PARTES"**, en el apartado de declaraciones de este convenio y dentro de un plazo no mayor de treinta días naturales contados a partir de que ocurra cualquiera de los cambios referidos, de no ser así, la parte que omita notificar el cambio, asumirá la responsabilidad que se produzca.

**DÉCIMA SÉPTIMA.- 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 les corresponda.

**DÉCIMA OCTAVA.- VIGENCIA.- "LAS PARTES"**, acuerdan que la vigencia del presente convenio es a partir de la fecha de su firma y hasta el 31 de diciembre del 2022.

**DECIMA NOVENA.- 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, **"LAS PARTES"** tomarán las medidas necesarias para evitar perjuicios, tanto a ellas como a terceros.

**VIGÉSIMA.- 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 competentes, ubicados en la Ciudad de Durango, por lo tanto **"LAS PARTES"**, renunciarán al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio, presente, futuro, o por cualquier otra causa.

Leído que fue el presente convenio por **"LAS PARTES"**, y enteradas de su contenido y consecuencias legales, lo firman de conformidad en tres tantos al margen y al calce, en la Ciudad de Durango, Dgo., al 03 de enero del 2022.

POR EL "CETS"

POR EL "HOSPITAL-SÚCHIL"



---

**DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVAN**  
Director del Centro Estatal de Transfusión  
Sanguínea.

---

**DRA. MARISELA DÍAZ DÍAZ.**  
Directora del Hospital Integral de SÚchil, Dgo.

ANEXO UNO (1)

ANEXO 1

HOSPITAL

Solicitud de productos sanguíneos

Durango, Dgo. de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

C.Dr. \_\_\_\_\_

Responsable del Banco de Sangre de \_\_\_\_\_

PRESENTE:

Por medio de la presente, solicito a Ud. Los siguientes productos con carácter:

PRODUCTO	Ordinario ( )		Urgente ( )	
	CANTIDAD	GRUPO	RH	
Sangre Total	_____	_____	_____	_____
Paquete Globular	_____	_____	_____	_____
Plasma fresco cong.	_____	_____	_____	_____
Conc. Plaquetario	_____	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____	_____
Para el (a) paciente	_____		No. añil	_____
Servicio	_____ cama _____		diagnostico	_____

Con el compromiso de enviar el o los donadores necesarios para reponer los productos que nos proporcione.

Adjunto a la presente, solicitud para pruebas de compatibilidad debidamente requisitado con todos los datos requeridos.

SI ( )

NO ( )

ATENTAMENTE  
"DONAR SANGRE ES SALVAR VIDAS"  
RESPONSABLE MEDICO DE LA INSTITUCIÓN

ANEXO DOS (2)



HOSPITAL INTEGRAL DEL  
MEZQUITAL, DGO.



ANEXO 2

**MEMBRETE DEL HOSPITAL**

Solicitud de Pruebas de Compatibilidad

**Carácter de la solicitud:** ( ) Ordinario ( ) Urgente **Hora de Recepción CETS:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_ **Grupo:** \_\_\_\_ **Rh:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ **Servicio:** \_\_\_\_\_ **Cama:** \_\_\_\_\_ **No. Expediente** \_\_\_\_\_

**Transfusiones Previas** SI ( ) NO ( ) **Cuantas:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la última:** \_\_\_\_\_

**Reacciones Transfusionales** SI ( ) NO ( ) **Tipo:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la última:** \_\_\_\_\_

**No. de Embarazos:** \_\_\_\_\_ **Enf. Hemolítica del R/N** SI ( ) NO ( ) **Está recibiendo medicamento** SI ( ) NO ( )

**PRODUCTO SOLICITADO**

PAQUETE GLOBULAR  PLASMA FRESCO CONGELADO  CONCENTRADO PLAQUETARIO

SANGRE RECONSTITUIDA  P. GLOBULAR LAVADO  P. GLOBULAR DESLEUCITADO

**OTROS:** \_\_\_\_\_

**VOLUMEN SOLICITADO:** \_\_\_\_\_ ml. **PARA TRANSFUNDIR: FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA TRANSFUSION:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE LA SOLICITUD:** \_\_\_\_\_

**LABORATORIOS:**

**HB:** \_\_\_\_\_ **HTO:** \_\_\_\_\_ **TP:** \_\_\_\_\_ **TPT:** \_\_\_\_\_ **PLAQUETAS:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL MEDICO:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_ **CEDULA PROFESIONAL:** \_\_\_\_\_

ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE COPIA PARA BANCO DE SANGRE COPIA PARA SERVICIO DE TRANSFUSION

**REPORTE DE PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD**

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Grupo:** \_\_\_\_\_ **Rh:** \_\_\_\_\_

**METODO TARJETAS DG-GEL COOMBS**

Numero de Unidad	DONADOR	Producto	Volumen	Auto-Control	Prueba Mayor	Prueba Menor	RESULTADO

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**REALIZO LAS PRUEBAS:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_

**RECIBE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_



ANEXO TRES (3)

ANEXO 3

CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA  
CARTA COMPROMISO

DATOS DEL PACIENTE DURANGO, DGO. \_\_\_\_\_  
 NOMBRE \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

DATOS DEL SOLICITANTE  
 NOMBRE \_\_\_\_\_  
 PARENTESCO CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_  
 TEL. PART. \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO \_\_\_\_\_

UNIDADES PROPORCIONADAS EN PRESTAMO			
FECHA	PAQUETE GLOBULAR	PLASMA	PLAQUETAS
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DATOS DE REPOSICION FECHA	NOMBRE DEL DONADOR	INICIALES T.S. QUE ATENDIO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FIRMA DE T.S. \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Leído que fue los presentes Anexos del Convenio de Colaboración Interinstitucional por “LAS PARTES”, y enteradas de su contenido y consecuencias legales, lo firman de conformidad en tres tantos al margen y al calce, en la Ciudad de Durango, Dgo., al 03 de enero del 2022.

POR EL “CETS”



---

**DR. HERIBERTO ANDIOLA GALVAN**  
Director del Centro Estatal de Transfusión  
Sanguínea.

POR EL “HOSPITAL-SÚCHIL”

---

**DRA. MARISELA DÍAZ DÍAZ.**  
Directora del Hospital Integral de SÚchil, Dgo.