

**MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS**

VIGENCIA:

10-01-2020

Página 1 de 1

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO: PRUEBAS CONFIRMATORIAS

1. NOMBRE GENÉRICO	PRUEBAS CONFIRMATORIAS DE INMUNOSEROLOGIA Y CONTROLES DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES (CULTIVOS, FVIII, FIBRINOGENO)
2. PROVEEDOR	COLCAN
3. ESPECIFICACIONES:	
	Realización de pruebas NAT para HIV-HCV-HBSAG. Realización de Inmunoblot para HTLV
	Realización de inmunoensayo para Chagas con más de 95% de especificidad e Inmunoensayo para HIV con más de 95% de especificidad
	Realización de cultivos microbiológicos para control de calidad de Hemocomponentes
	Realización de FVIII y Fibrinógeno

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

4. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI	x	NO		
5. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?	SI		NO	x	
¿POR QUÉ?	Porque otros laboratorios realizan estas pruebas				
6. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?	SI	x	NO		
¿POR QUÉ?	Porque es un laboratorio de referencia.				
7. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:	SI	x	NO		
¿POR QUÉ?	Porque ofertan todas las pruebas que se requieren.				

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

NOMBRE (S):	ANA KATINA KINGROSS RODRIGUEZ									
FIRMA (S):	K Kingross R		FECHA	DD	20	MM	4	AAAA	202	
CARGO	Coordinador		DEPENDENCIA	Banco de Sangre						
NOMBRE (S):										
FIRMA (S):			FECHA	DD		MM		AAAA		
CARGO			DEPENDENCIA							
NOMBRE (S):										
FIRMA (S):			FECHA	DD		MM		AAAA		

**MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS**

VIGENCIA:

10-01-2020

Página 1 de 1

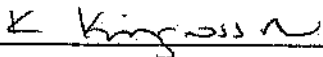
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO: PRUEBAS CONFIRMATORIAS

1. NOMBRE GENÉRICO	PRUEBAS CONFIRMATORIAS DE INMUNOSEROLOGIA Y CONTROLES DE CALIDAD DE HEMOCOMPONENTES (CULTIVOS, FVIII, FIBRINOGENO)
2. PROVEEDOR	IDCBIS
3. ESPECIFICACIONES:	
	Realización de pruebas NAT para HIV-HCV-HBSAG, Realización de inmunoblot para HTLV
	Realización de inmunoensayo para Chagas con más de 95% de especificidad e Inmunoensayo para HIV con más de 95% de especificidad
	Realización de cultivos microbiológicos para control de calidad de Hemocomponentes
	Realización de FVIII y Fibrinógeno

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

4. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI		NO	X	
5. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?	SI		NO	x	
¿POR QUÉ?	Porque otros laboratorios realizan estas pruebas				
6. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?	SI	x	NO		
¿POR QUÉ?	Porque es un laboratorio de referencia.				
7. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:	SI	x	NO		
¿POR QUÉ?	Porque ofertan todas las pruebas que se requieren.				

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

NOMBRE (S):	ANA KATINA KINGROSS RODRIGUEZ									
FIRMA (S):			FECHA	DD	20	MM	4	AAAA	2020	
CARGO	Coordinador		DEPENDENCIA	Banco de Sangre						
NOMBRE (S):										
FIRMA (S):			FECHA	DD		MM		AAAA		
CARGO			DEPENDENCIA							
NOMBRE (S):										
FIRMA (S):			FECHA	DD		MM		AAAA		
CARGO			DEPENDENCIA							

Nota: El presente concepto técnico lo emito y manifiesto que al momento de evaluar no me encuentro inhabilitado, ni incurso e incompatibilidades, impedimentos u/o conflictos de interés