



Oaxaca de Juárez, Oax., a 10 de marzo del 2026
Oficio No. 218001150100/DABCS/0192/2026

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN/COTIZACIÓN
INVMER-027-2026

Estimados Proveedores

Organismos Públicos

Organismos Privados

Cuyo objeto social y actividad preponderante es:

**SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS CLÍNICOS DE LABORATORIO PARA
HOSPITALES RURALES DEL ÓOAD OAXACA PARA EL PERIODO DE MAYO A
DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2026.
PRESENTES.**

El Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal Oaxaca del Instituto Mexicano del Seguro Social del Gobierno Federal, a través de la Coordinación de Abastecimiento y Equipamiento, con fundamento en los artículos 3 fracción I, 35 y 53, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, 29, 71 fracción III y 72 fracciones I y III de su reglamento, 4.2.1.1.10, 4.2.1.1.16, 4.2.3.1.5 del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, numerales 4.13, 5.2, 5.3.4 inciso b), 5.3.8 inciso b) de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, 7.1.1.1.1 del Manual de Organización de la Jefatura de Servicios Administrativos, con el objetivo de obtener información respecto de:

- a)** Determinar la existencia de oferta de los servicios que se requieren contratar en la cantidad, calidad y oportunidad requerida por este Instituto.
- b)** Determinar proveeduría suficiente que preste los servicios
- c)** Determinar el precio estimado de las partidas requeridas
- d)** Determinar si existen servicios alternativos o sustitutos técnicamente razonables, o bien,
- e)** Determinar el carácter del procedimiento de contratación a efectuar.
- f)** Demás condiciones que imperan en el mercado.
- g)** Capacidad de cumplimiento de los requisitos de participación de la presente investigación.



La presente investigación de mercado se requiere para la adquisición del **SERVICIO INTEGRAL DE ESTUDIOS CLÍNICOS DE LABORATORIO CLINICO PARA HOSPITALES RURALES DEL ÓOAD OAXACA PARA EL PERIODO DE MAYO A DICIEMBRE DEL EJERCICIO 2026**, solicitados en el **anexo 1 "REQUERIMIENTO"** en el que se describen las partidas con las características técnicas emitidas por la Jefatura de Prestaciones Médicas.

El plazo máximo para recibir la información requerida será al día **martes 17 de marzo del presente hasta las 11:00 hrs.**

Favor de enviar acuse de recibo de esta solicitud al correo electrónico a: karina.cabrera@imss.gob.mx.

NOTA: Vencido el plazo de recepción de cotizaciones, (nombre de la dependencia o entidad) con fundamento en lo previsto en el artículo 35 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se definirá el procedimiento a seguir para la contratación de acuerdo a la viabilidad del mismo y que aseguren las mejores condiciones para el estado y el Instituto. Se invita a la proveeduría a enviar toda la documentación requerida en la presente **solicitud de cotización INVMER-027-2026**, en caso que algún anexo no sea aplicable a su empresa, presentarlo e indicar en el mismo la leyenda **"NO APLICA"**.

Sin otro particular se agradece su participación, siendo el único objetivo asegurar las mejores condiciones de contratación para esta Institución.

A T E N T A M E N T E

LAE. Sandra Isela Barzalobre Aragón

Encargada de la Coordinación de
Abastecimiento y Equipamiento.

Elaboró

Revisó

Autorizó

Lic. Karina Cabrera
Bourguett
Supervisor de Proyectos E2.

Ing. Juan Alberto Torres
Bautista
Jefe de la Oficina de Adquisición
de Bienes y Contratación de
Servicios.

Lic. Ernesto Antonio Hooper Arvizu
Jefe del Departamento de
Adquisición de Bienes y
Contratación de Servicios.



ANEXO 1

“REQUERIMIENTO”

INVMER-027-2026

Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
1	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Ácido Úrico	735	1102
2	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Albúmina	126	313
3	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Amilasa	57	141
4	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Bilirrubina Directa	550	825
5	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Bilirrubina Total	550	825
6	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Creatin fosfoquinasa C.P.K. Total	35	87
7	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	C.P.K. fracción MB	35	87
8	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Calcio	46	115
9	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Colesterol	780	1170
10	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Creatinina	780	1170
11	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Fosfatasa Alcalina	303	756
12	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Gamma glutamiltranspeptidasa	40	99
13	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Glucosa	663	1657
14	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Deshidrogenasa Láctica (DHL)	185	462
15	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Lipasa	45	112
16	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Magnesio	73	181
17	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Proteínas Totales	162	403
18	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Aspartato aminotransferasa (AST = TGO)	210	523
19	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Alanina aminotransferasa (ALT = TGP)	210	523
20	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE	Química Clínica	Triglicéridos	1060	1590



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
	LEON				
21	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Química Clínica	Urea	1060	1590
22	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Electrolitos	Cloro	160	399
23	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Electrolitos	Potasio	160	399
24	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Electrolitos	Sodio	160	399
25	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Proteínas séricas	Factor Reumatoide (F.R)	38	94
26	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Proteínas séricas	Proteína C Reactiva (P.C.R.)	57	141
27	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Hemoglobina glucosilada	Hemoglobina glucosilada	164	408
28	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Biometría Hemática	Biometría Hemática	1700	2550
29	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Uroanálisis	Exámen General de orina	381	951
30	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Gases en sangre	Gases en sangre	83	207
31	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Coagulación	Tiempo de Protrombina	524	786
32	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Coagulación	Tiempo Parcial de Tromboplastina	524	786
33	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Coagulación	Dímero "D"	84	126
34	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Hormonas y marcadores	Fracción Beta de la Hormona Gonadotropina C.H.(Prueba cuantitativa)	84	126
35	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Hormonas y marcadores	H. Estimulante de la Tiroides (TSH)	103	154
36	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Hormonas y marcadores	Antígeno Prostático Total	103	154
37	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Libre)	103	154
38	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Total)	103	154
39	HRP. NO 18 HUAJUAPAN DE LEON	Hormonas y marcadores	Troponina I	87	130
40	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Ácido Úrico	429	1071
41	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Albúmina	429	1071
42	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Amilasa	63	156
43	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Bilirrubina Directa	429	1071
44	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Bilirrubina Total	429	1071
45	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Creatin fosfoquinasa C.P.K. Total	63	156



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
46	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	C.P.K. fracción MB	63	156
47	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Calcio	63	156
48	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Captación de Hierro	62	153
49	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Colesterol	417	1041
50	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Creatinina	417	1041
51	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Fosfatasa Alcalina	417	1041
52	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Gamma glutamiltranspeptidasa	77	192
53	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Glucosa	429	1071
54	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Deshidrogenasa Láctica (DHL)	429	1071
55	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Lipasa	63	156
56	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Magnesio	63	156
57	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Proteínas Totales	380	949
58	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Aspartato aminotransferasa (AST = TGO)	386	964
59	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Alanina aminotransferasa (ALT = TGP)	386	964
60	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Triglicéridos	429	1071
61	HRP No. 43 HUAUTLA	Química Clínica	Urea	411	1026
62	HRP No. 43 HUAUTLA	Electrolitos	Cloro	306	765
63	HRP No. 43 HUAUTLA	Electrolitos	Potasio	306	765
64	HRP No. 43 HUAUTLA	Electrolitos	Sodio	306	765
65	HRP No. 43 HUAUTLA	Proteínas séricas	Factor Reumatoide (F.R)	64	160
66	HRP No. 43 HUAUTLA	Proteínas séricas	Proteína C Reactiva (P.C.R.)	64	160
67	HRP No. 43 HUAUTLA	Hemoglobina glucosilada	Hemoglobina glucosilada	101	252
68	HRP No. 43 HUAUTLA	Biometría Hemática	Biometría Hemática	527	1317
69	HRP No. 43 HUAUTLA	Uroanálisis	Exámen General de orina	405	1011
70	HRP No. 43 HUAUTLA	Gases en sangre	Gases en sangre	80	199
71	HRP No. 43 HUAUTLA	Coagulación	Tiempo de Protrombina	212	528
72	HRP No. 43 HUAUTLA	Coagulación	Tiempo Parcial de Tromboplastina	212	528
73	HRP No. 43 HUAUTLA	Coagulación	Dímero "D"	62	153
74	HRP No. 43 HUAUTLA	Hormonas y marcadores	Fracción Beta de la Hormona Gonadotropina C.H.(Prueba cuantitativa)	63	156
75	HRP No. 43 HUAUTLA	Hormonas y marcadores	H. Estimulante de la Tiroides (TSH)	64	160
76	HRP No. 43 HUAUTLA	Hormonas y marcadores	Antígeno Prostático Total	64	159
77	HRP No. 43 HUAUTLA	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Libre)	64	160
78	HRP No. 43 HUAUTLA	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Total)	64	160
79	HRP No. 43 HUAUTLA	Hormonas y marcadores	Troponina I	62	153
80		Serología especial	Anti VIH	64	159



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
81	HRP No. 43 HUAUTLA	Inmunohematología	Antiglobulina Humana Monoespecífica anti c3d - anti IgG por técnica manual	66	163
82	HRP No. 43 HUAUTLA	Inmunohematología	Grupo ABO en Prueba directa e inversa y Rh por técnica manual	66	163
83	HRP No. 43 HUAUTLA	Inmunohematología	Pruebas Cruzadas de Eritrocitos (por técnica manual)	63	156
84	HRP No. 43 HUAUTLA	Inmunohematología	Grupo ABO en Prueba directa e inversa y Rh automatizado	63	156
85	HRP No. 43 HUAUTLA	Inmunohematología	Pruebas Cruzadas de Eritrocitos automatizadas	64	160
86	HRP No. 43 HUAUTLA	Pruebas especiales	Ac Anti e Hepatitis B	64	160
87	HRP No. 43 HUAUTLA	Pruebas especiales	V.D.R.L.	213	531
88	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Ácido Úrico	1384	3459
89	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Albúmina	1090	2724
90	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Amilasa	83	207
91	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Bilirrubina Directa	238	594
92	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Bilirrubina Total	238	594
93	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Creatin fosfoquinasa C.P.K. Total	77	192
94	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	C.P.K. fracción MB	77	192
95	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Colesterol	312	778
96	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Creatinina	429	1071
97	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Fosfatasa Alcalina	292	729
98	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Glucosa	723	1806
99	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Deshidrogenasa Láctica (DHL)	146	363
100	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Proteínas Totales	224	558
101	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Aspartato aminotransferasa (AST = TGO)	292	729
102	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Alanina aminotransferasa (ALT = TGP)	292	729
103	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Triglicéridos	312	778
104	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Química Clínica	Urea	502	1255
105	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Electrolitos	Cloro	224	558
106	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Electrolitos	Potasio	224	558
107	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Electrolitos	Sodio	224	558
108	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Hemoglobina glucosilada	Hemoglobina glucosilada	208	520
109	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Biometría Hemática	Biometría Hemática	796	1989
110	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Uroanálisis	Exámen General de orina	407	1017
111	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Gases en sangre	Gases en sangre	135	337
112	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Coagulación	Tiempo de Protrombina	282	705
113	HRP No. 66 JUXTLAHUACA	Coagulación	Tiempo Parcial de Tromboplastina	282	705
114	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Ácido Úrico	262	655
115	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Albúmina	250	625
116	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Amilasa	112	279



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
117	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Bilirrubina Directa	351	877
118	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Bilirrubina Total	354	885
119	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Creatin fosfoquinasa C.P.K. Total	160	400
120	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	C.P.K. fracción MB	135	337
121	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Calcio	82	204
122	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Captación de Hierro	76	189
123	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Colesterol	716	1788
124	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Creatinina	1128	2818
125	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Fosfatasa Alcalina	336	840
126	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Gamma glutamiltranspeptidasa	150	375
127	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Glucosa	1482	3705
128	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Deshidrogenasa Láctica (DHL)	381	951
129	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Lipasa	112	279
130	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Magnesio	89	222
131	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Proteínas Totales	237	592
132	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Aspartato aminotransferasa (AST = TGO)	411	1026
133	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Alanina aminotransferasa (ALT = TGP)	410	1023
134	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Triglicéridos	774	1935
135	HRP No. 34 TLAXIACO	Química Clínica	Urea	917	2292
136	HRP No. 34 TLAXIACO	Electrolitos	Cloro	418	1044
137	HRP No. 34 TLAXIACO	Electrolitos	Potasio	418	1044
138	HRP No. 34 TLAXIACO	Electrolitos	Sodio	418	1044
139	HRP No. 34 TLAXIACO	Hemoglobina glucosilada	Hemoglobina glucosilada	261	651
140	HRP No. 34 TLAXIACO	Biometría Hemática	Biometría Hemática	1660	4149
141	HRP No. 34 TLAXIACO	Uroanálisis	Exámen General de orina	868	2170
142	HRP No. 34 TLAXIACO	Gases en sangre	Gases en sangre	233	582
143	HRP No. 34 TLAXIACO	Coagulación	Tiempo de Protrombina	568	1419
144	HRP No. 34 TLAXIACO	Coagulación	Tiempo Parcial de Tromboplastina	568	1419
145	HRP No. 34 TLAXIACO	Coagulación	Dímero "D"	71	177
146	HRP No. 34 TLAXIACO	Hormonas y marcadores	H. Estimulante de la Tiroides (TSH)	79	196
147	HRP No. 34 TLAXIACO	Hormonas y marcadores	Antígeno Prostático Total	89	222
148	HRP No. 34 TLAXIACO	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Libre)	79	196
149	HRP No. 34 TLAXIACO	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Total)	79	196
150	HRP No. 34 TLAXIACO	Hormonas y marcadores	Troponina I	77	192
151	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Ácido Úrico	449	1122
152	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Albúmina	327	816
153	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Amilasa	104	258



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIM A	CANT. MÁXIM A
154	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Bilirrubina Directa	580	1449
155	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Bilirrubina Total	588	1470
156	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Creatin fosfoquinasa C.P.K. Total	100	250
157	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	C.P.K. fracción MB	99	247
158	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Calcio	54	133
159	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Captación de Hierro	48	120
160	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Colesterol	711	1776
161	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Creatinina	1122	2805
162	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Fosfatasa Alcalina	458	1143
163	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Gamma glutamiltranspeptidasa	294	735
164	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Glucosa	1326	3315
165	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Deshidrogenasa Láctica (DHL)	507	1266
166	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Lipasa	79	196
167	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Magnesio	196	490
168	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Proteínas Totales	400	1000
169	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Aspartato aminotransferasa (AST = TGO)	568	1419
170	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Alanina aminotransferasa (ALT = TGP)	555	1387
171	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Triglicéridos	737	1842
172	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Química Clínica	Urea	1241	3102
173	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Electrolitos	Cloro	418	1045
174	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Electrolitos	Potasio	434	1084
175	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Electrolitos	Sodio	405	1012
176	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Proteínas séricas	Factor Reumatoide (F.R)	54	135
177	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Proteínas séricas	Proteína C Reactiva (P.C.R.)	166	415
178	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Hemoglobina glucosilada	Hemoglobina glucosilada	346	864
179	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Biometría Hemática	Biometría Hemática	1224	3060
180	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Uroanálisis	Exámen General de orina	612	1530
181	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Gases en sangre	Gases en sangre	214	534
182	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Coagulación	Tiempo de Protrombina	510	1275
183	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Coagulación	Tiempo Parcial de Tromboplastina	510	1275
184	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Coagulación	Dímero "D"	52	130
185	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Hormonas y marcadores	Fracción Beta de la Hormona Gonadotropina C.H.(Prueba cuantitativa)	52	130
186	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Hormonas y marcadores	H. Estimulante de la Tiroides (TSH)	156	388
187	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Hormonas y marcadores	Antígeno Prostático Total	82	204
188	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Libre)	105	262
189	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Total)	69	171



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
190	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Hormonas y marcadores	Troponina I	54	135
191	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Serología especial	Anti VIH	105	261
192	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Inmunohematología	Antiglobulina Humana Monoespecifica anti c3d - anti IgG por técnica manual	54	135
193	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Inmunohematología	Grupo ABO en Prueba directa e inversa y Rh por técnica manual	306	765
194	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Inmunohematología	Pruebas Cruzadas de Eritrocitos (por técnica manual)	306	765
195	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Inmunohematología	Grupo ABO en Prueba directa e inversa y Rh automatizado	201	501
196	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Inmunohematología	Pruebas Cruzadas de Eritrocitos automatizadas	140	348
197	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Pruebas especiales	Ac Anti e Hepatitis B	74	184
198	HRP No. 24 MIAHUATLAN	Pruebas especiales	V.D.R.L.	111	276
199	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Ácido Úrico	714	1785
200	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Albumina	102	255
201	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Amilasa	102	255
202	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Bilirrubina Directa	255	637
203	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Bilirrubina Total	255	637
204	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Creatin fosfoquinasa C.P.K. Total	102	255
205	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	C.P.K. fracción MB	102	255
206	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Calcio	77	192
207	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Captación de Hierro	62	153
208	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Colesterol	714	1785
209	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Creatinina	714	1785
210	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Fosfatasa Alcalina	306	765
211	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Gamma glutamiltranspeptidasa	306	765
212	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Glucosa	765	1912
213	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Deshidrogenasa Láctica (DHL)	255	637
214	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Lipasa	77	192
215	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Magnesio	102	255
216	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Proteínas Totales	153	382
217	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Aspartato aminotransferasa (AST = TGO)	255	637
218	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Alanina aminotransferasa (ALT = TGP)	255	637
219	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Triglicéridos	714	1785
220	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Química Clínica	Urea	204	510
221	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Electrolitos	Cloro	306	765
222	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Electrolitos	Potasio	306	765
223	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Electrolitos	Sodio	306	765
224	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Proteínas séricas	Factor Reumatoide (F.R)	153	382
225	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Proteínas séricas	Proteína C Reactiva (P.C.R.)	153	382



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
226	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Hemoglobina glucosilada	Hemoglobina glucosilada	204	510
227	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Biometría Hemática	Biometría Hemática	714	1785
228	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Uroanálisis	Exámen General de orina	357	892
229		Gases en sangre	Gases en sangre	306	765
230	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Coagulación	Tiempo de Protrombina	306	765
231	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Coagulación	Tiempo Parcial de Tromboplastina	56	138
232	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Coagulación	Dímero "D"	58	145
233	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Hormonas y marcadores	Fracción Beta de la Hormona Gonadotropina C.H.(Prueba cuantitativa)	72	178
234	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Hormonas y marcadores	H. Estimulante de la Tiroides (TSH)	72	178
235	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Hormonas y marcadores	Antígeno Prostático Total	72	178
236	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Libre)	72	178
237	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Total)	62	153
238	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Hormonas y marcadores	Troponina I	204	510
239	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Serología especial	Anti VIH	102	255
240	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Inmunohematología	Antiglobulina Humana Monoespecifica anti c3d - anti IgG por técnica manual	306	765
241	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Inmunohematología	Grupo ABO en Prueba directa e inversa y Rh por técnica manual	306	765
242	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Inmunohematología	Pruebas Cruzadas de Eritrocitos (por técnica manual)	62	153
243	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Inmunohematología	Grupo ABO en Prueba directa e inversa y Rh automatizado	62	153
244	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Inmunohematología	Pruebas Cruzadas de Eritrocitos automatizadas	54	133
245	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Pruebas especiales	Ac Anti e Hepatitis B	64	159
246	HRP No. 35 JAMILTEPEC	Pruebas especiales	V.D.R.L.	254	633
247	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Ácido Úrico	408	1020
248	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Albúmina	106	265
249	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Amilasa	106	265
250	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Bilirrubina Directa	537	1341
251	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Bilirrubina Total	537	1341
252	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Creatin fosfoquinasa C.P.K. Total	104	258
253	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	C.P.K. fracción MB	104	258
254	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Colesterol	543	1357
255	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Creatinina	1326	3315
256	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Fosfatasa Alcalina	462	1155



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
257	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Glucosa	1530	3825
258	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Deshidrogenasa Láctica (DHL)	459	1147
259	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Proteínas Totales	90	225
260	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Aspartato aminotransferasa (AST = TGO)	458	1143
261	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Alanina aminotransferasa (ALT = TGP)	458	1143
262	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Triglicéridos	543	1357
263	HRP No. 36 TLACOLULA	Química Clínica	Urea	1326	3315
264	HRP No. 36 TLACOLULA	Electrolitos	Cloro	472	1179
265	HRP No. 36 TLACOLULA	Electrolitos	Potasio	472	1179
266	HRP No. 36 TLACOLULA	Electrolitos	Sodio	472	1179
267	HRP No. 36 TLACOLULA	Hemoglobina glucosilada	Hemoglobina glucosilada	327	816
268	HRP No. 36 TLACOLULA	Biometría Hemática	Biometría Hemática	2040	5100
269	HRP No. 36 TLACOLULA	Uroanálisis	Exámen General de orina	816	2040
270	HRP No. 36 TLACOLULA	Gases en sangre	Gases en sangre	286	714
271	HRP No. 36 TLACOLULA	Coagulación	Tiempo de Protrombina	570	1425
272	HRP No. 36 TLACOLULA	Coagulación	Tiempo Parcial de Tromboplastina	570	1425
273	HRP No. 36 TLACOLULA	Inmunohematología	Grupo ABO en Prueba directa e inversa y Rh por técnica manual	585	1461
274	HRP No. 36 TLACOLULA	Inmunohematología	Pruebas Cruzadas de Eritrocitos (por técnica manual)	765	1911
275	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Ácido Úrico	221	552
276	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Albumina	160	399
277	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Amilasa	71	177
278	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Bilirrubina Directa	196	490
279	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Bilirrubina Total	196	490
280	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Creatin fosfoquinasa C.P.K. Total	83	207
281	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	C.P.K. fracción MB	83	207
282	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Calcio	80	199
283	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Captación de Hierro	64	160
284	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Colesterol	282	705
285	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Creatinina	405	1011
286	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Fosfatasa Alcalina	160	399
287	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Gamma glutamiltranspeptidasa	68	168
288	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Glucosa	551	1377
289	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Deshidrogenasa Láctica (DHL)	153	382
290	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Lipasa	68	168
291	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Magnesio	71	177
292	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Proteínas Totales	160	399
293	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Aspartato aminotransferasa (AST = TGO)	172	429
294	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Alanina aminotransferasa (ALT = TGP)	172	429



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
295	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Triglicéridos	282	705
296	HRP VILLA ALTA	Química Clínica	Urea	368	918
297	HRP VILLA ALTA	Electrolitos	Cloro	135	337
298	HRP VILLA ALTA	Electrolitos	Potasio	135	337
299	HRP VILLA ALTA	Electrolitos	Sodio	135	337
300	HRP VILLA ALTA	Proteínas séricas	Factor Reumatoide (F.R)	71	177
301	HRP VILLA ALTA	Proteínas séricas	Proteína C Reactiva (P.C.R.)	80	199
302	HRP VILLA ALTA	Hemoglobina glucosilada	Hemoglobina glucosilada	147	367
303	HRP VILLA ALTA	Biometría Hemática	Biometría Hemática	551	1377
304	HRP VILLA ALTA	Uroanálisis	Exámen General de orina	282	705
305	HRP VILLA ALTA	Gases en sangre	Gases en sangre	129	321
306	HRP VILLA ALTA	Coagulación	Tiempo de Protrombina	172	429
307	HRP VILLA ALTA	Coagulación	Tiempo Parcial de Tromboplastina	172	429
308	HRP VILLA ALTA	Coagulación	Dímero "D"	63	156
309	HRP VILLA ALTA	Hormonas y marcadores	Fracción Beta de la Hormona Gonadotropina C.H.(Prueba cuantitativa)	80	199
310	HRP VILLA ALTA	Hormonas y marcadores	H. Estimulante de la Tiroides (TSH)	64	160
311	HRP VILLA ALTA	Hormonas y marcadores	Antígeno Prostático Total	64	160
312	HRP VILLA ALTA	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Libre)	64	160
313	HRP VILLA ALTA	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Total)	64	160
314	HRP VILLA ALTA	Hormonas y marcadores	Troponina I	63	156
315	HRP VILLA ALTA	Serología especial	Anti VIH	105	261
316	HRP VILLA ALTA	Inmunohematología	Antiglobulina Humana Monoespecifica anti c3d - anti IgG por técnica manual	99	246
317	HRP VILLA ALTA	Inmunohematología	Grupo ABO en Prueba directa e inversa y Rh por técnica manual	99	246
318	HRP VILLA ALTA	Inmunohematología	Pruebas Cruzadas de Eritrocitos (por técnica manual)	99	246
319	HRP VILLA ALTA	Inmunohematología	Grupo ABO en Prueba directa e inversa y Rh automatizado	99	246
320	HRP VILLA ALTA	Inmunohematología	Pruebas Cruzadas de Eritrocitos automatizadas	99	246
321	HRP VILLA ALTA	Pruebas especiales	Ac Anti e Hepatitis B	80	199
322	HRP VILLA ALTA	Pruebas especiales	V.D.R.L.	105	261
323	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Ácido Úrico	572	1428
324	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Albumina	166	415
325	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Amilasa	114	283



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
326	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Bilirrubina Directa	602	1504
327	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Bilirrubina Total	602	1504
328	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Creatin fosfoquinasa C.P.K. Total	125	312
329	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	C.P.K. fracción MB	136	339
330	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Calcio	558	1395
331	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Colesterol	730	1824
332	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Creatinina	1406	3514
333	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Fosfatasa Alcalina	369	921
334	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Glucosa	1659	4146
335	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Deshidrogenasa Láctica (DHL)	437	1092
336	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Proteínas Totales	133	331
337	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Aspartato aminotransferasa (AST = TGO)	639	1596
338	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Alanina aminotransferasa (ALT = TGP)	639	1596
339	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Triglicéridos	727	1816
340	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Química Clínica	Urea	1441	3601
341	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Electrolitos	Cloro	560	1398
342	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Electrolitos	Potasio	558	1395
343	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Electrolitos	Sodio	561	1401
344	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Proteínas séricas	Factor Reumatoide (F.R)	73	181
345	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Proteínas séricas	Proteína C Reactiva (P.C.R.)	122	303
346	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Hemoglobina glucosilada	Hemoglobina glucosilada	303	757
347	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Biometría Hemática	Biometría Hemática	1957	4891
348	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Uroanálisis	Exámen General de orina	529	1321
349	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Gases en sangre	Gases en sangre	368	918
350	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Coagulación	Tiempo de Protrombina	711	1776
351	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Coagulación	Tiempo Parcial de Tromboplastina	698	1744
352	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Hormonas y marcadores	Fracción Beta de la Hormona Gonadotropina C.H.(Prueba cuantitativa)	81	201
353	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Hormonas y marcadores	H. Estimulante de la Tiroides (TSH)	112	279
354	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Hormonas y marcadores	Antígeno Prostático Total	98	243
355	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Hormonas y marcadores	Tiroxina (T4 Total)	75	186
356	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Serología especial	Anti VIH	153	381
357	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Inmunohematología	Antiglobulina Humana Monoespecifica anti c3d - anti IgG por técnica manual	70	174
358	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Inmunohematología	Grupo ABO en Prueba directa e inversa y Rh por técnica manual	592	1479
359	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Inmunohematología	Pruebas Cruzadas de Eritrocitos (por	401	1002



Partida	UNIDAD	Nombre del grupo	Nombre de la Prueba	CANT. MÍNIMA	CANT. MÁXIMA
			técnica manual)		
360	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Pruebas especiales	Ac Anti e Hepatitis B	89	222
361	HRP No. 37 MATÍAS ROMERO	Pruebas especiales	V.D.R.L.	150	375





ANEXO 2
PROPOSICIÓN ECONÓMICA

PROCEDIMIENTO No. N°. _____ FECHA: _____

No. DE PREI IMSS: _____ FABRICANTE () DISTRIBUIDOR ()

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

DOMICILIO: _____ TEL.: _____

FAX: _____ R. F. C.: _____

CORREO ELECTRÓNICO: (de la empresa participante): _____

ESTRATIFICACIÓN: MICRO () PEQUEÑA () MEDIANA () GRANDE ()

SECTOR: INDUSTRIA () COMERCIO () SERVICIOS ()

Partida	UNIDAD	LOCALIDAD	NOMBRE DEL GRUPO	NOMBRE DE LA PRUEBA	Cantidad mínima	Cantidad máxima	PRECIO	IMPORTE MINIMO	IMPORTE MAXIMO

EXPRESAR EN LETRA EL PRECIO TOTAL DE LA PROPOSICION Y QUE LOS PRECIOS OFERTADOS PERMANECERÁN FIJOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL





ANEXO 3 "CONDICIONES GENERALES DE PARA COTIZAR"

1. INFORMACION DEL SERVICIO A CONTRATAR.

Contratar el Servicio Integral de Estudios de Laboratorio Clínico, en base a la necesidad de las Unidades Hospitalarias de Huajuapán, Huautla de Jiménez, Tlaxiaco, Juchitán, Miahuatlán, Jamiltepec, Tlaxiaco, Villa Alta y Matías Romero.

2. CALIDAD

2.1 Norma Oficial Mexicana, Norma Mexicana, Norma Internacional, Norma de Referencia o Especificación Técnica, que resulte aplicable a los bienes o servicios requeridos, conforme a la LFMN.

El proveedor debe cumplir con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-166-SSA1-1997 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos y NOM-197-SSA-2000 para la infraestructura y organización de los laboratorios clínicos.

2.2 Licencias, permisos, registros, certificados o autorizaciones que debe cumplir o aplicarse al bien o servicio a contratar.

El Licitante deberá presentar como parte de su Propuesta Técnica para las Partidas en que desee participar, a través de la Plataforma de Compras MX, la siguiente documentación de los equipos de laboratorio, complementario, bienes de consumo (reactivos, controles, calibradores y consumibles), que deberán estar debidamente identificados y referenciados con clave y descripción de cada uno de los estudios ofertados, de acuerdo al **Anexo (uno)**.

2.3 PROPUESTA TÉCNICA, por partida, en la que se describirá el servicio ofertado objeto de esta licitación, cumpliendo estrictamente con lo señalado en el Anexo 1 requerimiento y lo contenido en el presente documento, debiendo enviar la siguiente documentación, como parte de la propuesta técnica:

- a. Copia simple del **Aviso de Funcionamiento del Licitante** (o licitantes en caso de presentar propuesta en participación conjunta).
- b. Copia simple de la **Autorización del Responsable Sanitario** (o licitantes en caso de presentar propuesta en participación conjunta).



- c. Copia simple del **Certificado de calidad ISO 9001:2015**, vigente a nombre de la empresa licitante, cuyo alcance verse sobre servicios, servicios médicos integrales o de laboratorio clínico.
- d. **Resumen de Equipos y bienes de consumo** que oferten por las partidas que deseen participar conforme al anexo 2(dos), y especificaciones señaladas en las cedulas de equipos.
- e. Para los equipos solicitados en el **Anexo 4 “Especificaciones Técnicas del Equipamiento”** y sus respectivos bienes de consumo, copia simple del **Registro Sanitario**, vigente, expedido por la COFEPRIS, conforme a lo establecido en el artículo 376 de la Ley General de Salud (vigencia de 5 años), de lo siguientes equipos y bienes de consumo:

3. CONDICIONES DE ENTREGA

El proveedor se obliga, en los lugares establecidos en las siguientes unidades médicas:

El proveedor se obliga a otorgar los equipos necesarios en base a las pruebas requeridas en el Anexo 1 Requerimiento, así como el Anexo Equipamiento señalando los domicilios para la entrega y seguimiento de las unidades médicas:

No.	Unidad	Domicilio
1	HUAJUAPAN DE LEÓN	DIAGONAL 5 DE FEBREO NO. 8, COL. LA SOLEDAD, HUAJUAPAN DE LEON, OAXACA. CP. 69000
2	HUAUTLA	CERRO DEL FORTIN S/N, HUAUTLA DE JIMENEZ, OAXACA. CP. 68500
3	TLAXIACO	BLV DE LA SALUD No. 100 BARRIO SAN PEDRO, HEROICA CIUDAD DE TLAXIACO, OAXACA. CP. 69800
4	JUXTLAHUACA	KM. 1 CARRETERA A JUXTLAHUACA, SANTIAGO JUXTLAHUACA, OAXACA. CP. 69700
5	MIAHUATLAN	CALLE 3 DE OCTUBRE S/N, CENTRO, MIAHUATLAN, OAXACA. CP. 70800
6	SANTIAGO JAMILTEPEC	ANTIGUO CAMINO A MECHOACAN S/N SANTIAGO JAMILTEPEC, OAXACA. CP. 71700
7	TLACOLULA	CARRETERA A DIAZ ORDAZ S/N, TLACOLULA DE MATAMOROS, OAXACA. CP. 70400
8	VILLA ALTA	CARRETERA A TEMAXCALAPA KM 1.5 S/N SAN IDELFONSO VILLA ALTA, OAXACA. CP. 68800



No.	Unidad	Domicilio
9	MATIAS ROMERO	TIERRA Y LIBERTAD NO. 202 COL BARRIO JUAREZ NORTE C. P. 70300 MATIAS ROMERO AVENDAÑO, OAXACA. CP. 70300

Procederá a realizar las adecuaciones del área, entregará, instalará y pondrá a punto los equipos de laboratorio clínico e informático, entregará la primera dotación de los bienes de consumo equivalente a 45 días de productividad máxima, proporcionará la capacitación e inscribirá a los laboratorios clínicos de las Unidades Médicas a los programas de Control de Calidad Externo (CCE) dentro de los siguientes 15 días a la notificación del fallo, así como deberá contar en su empresa, con un inventario de Bienes de Consumo correspondiente a 45 días de consumo máximo de la(s) partida(s) adjudicada(s), a fin de poder atender cualquier eventualidad que se presente durante la vigencia de la prestación del servicio en la sede del OOAD.

Los equipos para la realización del Servicio Integral de estudios de laboratorio Clínico, se instalarán a partir del 16 de Marzo de 2026, de acuerdo a lo señalado en el Anexo 2, por el proveedor directamente en las Unidades Médicas citadas, que cuenten con servicio integral de laboratorio Clínico, de acuerdo a lo señalado en el Anexo 2 (dos) Equipamiento de ELC en el OOAD Oaxaca.

El participante adjudicado deberá entregar, instalar y poner a punto los equipos acordes a lo señalado en el punto anterior, dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de emisión y notificación del fallo, considerando que podrá iniciar con la prestación del servicio antes de que concluya el plazo señalado. Los equipos por instalar para la prestación del servicio en los Servicios de Laboratorio deberán ser compatibles entre sí y garantizar la trazabilidad de los procesos para el procesamiento de las pruebas señaladas en el Anexo 1, entre las unidades médicas de una misma partida.

Los equipos deberán ser de tecnología de punta, para lo cual se requiere de equipos nuevos o óptimas condiciones (equipos ya utilizados), con fecha de fabricación para ambos casos no mayor a 6 (seis) años (2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022), y ensamblados de manera integral en el país de origen, los cuales deberán ser de origen nacional o de los países miembros de los Tratados de Libre Comercio vigentes, con capítulo de compras gubernamentales, suscritos por México; NO SE ACEPTARÁN propuestas de equipos reconstruidos, ni de bienes correspondientes a saldos, y deberán cumplir las especificaciones establecidas en el Anexo 4 "Especificaciones Técnicas del equipamiento".

Es importante señalar que NO SE ACEPTARÁN propuestas de equipos médicos correspondientes a saldos o remanentes o que ostenten las leyendas "Only Export" ni "Only Investigación", equipos reconstruidos, discontinuados o cuyo uso no se autorice en el país de origen, o que cuenten con



alertas médicas o de concentraciones por parte de las Autoridades Sanitarias Mexicanas o de cualquier país, que instruyan su retiro del mercado.

• **Recepción de equipo de Estudios de Laboratorio Clínico.** La recepción de los equipos para su instalación será responsabilidad del Jefe o Encargado servicio, quienes deberán constatar que los equipos entregados sean los ofertados por el licitante en su propuesta técnica para esa Partida, verificando la fecha de fabricación de los equipos y la documentación que acompaña a dicho equipo, para proceder a la formalización de la recepción, debiendo requisitar, por cada equipo recibido el correspondiente en la “Cédula de Recepción de Equipos” “Cédula de Puesta a Punto”, con lo que autoriza se proceda a su instalación, mismos que se integran en el Anexo 3 del presente requerimiento,

La entrega de los reactivos y demás bienes de acuerdo al Anexo Numero 2 (dos), se efectuará directamente en los domicilios de las unidades médicas, en horario entre 7.30 y 14 horas.

• **Instalación.** La instalación y puesta a punto de los equipos solicitados para la prestación del servicio objeto del presente, será estricta responsabilidad del participante adjudicado a cada Partida, cuya supervisión estará a cargo de la Persona designada como enlace por el Licitante Adjudicado a cada Partida y del Jefe o Encargado del servicio de laboratorio Clínico, verificando las condiciones de instalación y operación del equipo”, verificando la realización de los estudios y procedimientos conforme a la Normatividad vigente y a lo solicitado en el presente Anexo Técnico.

El Licitante Adjudicado a cada Partida deberá elaborar para cada equipo, el Anexo 2 “Cédula puesta a punto” debidamente requisitada en cada uno de sus incisos, adjuntando evidencia fotográfica y formalizarla en conjunto con el Jefe o Encargado del servicio de laboratorio Clínico, dentro de los 10 (diez) días naturales contados a partir del siguiente día de iniciado el servicio, mismo que deberá entregar en original al Jefe o Encargado del servicio de laboratorio Clínico, El participante Adjudicado a cada partida deberá entregar los manuales de operación completos y en idioma español, o en su caso la traducción respectiva al español, de manera impresa y digital al Jefe o Encargado del servicio de laboratorio Clínico.

Los equipos del servicio de laboratorio Clínico, complementarios y de cómputo instalados deberán cumplir con los niveles de servicio para el proceso de los procedimientos de los servicios de laboratorio Clínico en equipos automatizados, semiautomatizados o manuales, conforme a lo especificado en los Anexos 3 “Especificaciones Técnicas del equipamiento” y “Equipamiento del SMI de BS”, considerando que se deberá entregar por cada equipo, reguladores de energía (UPS) que soporte mínimo 30 minutos para asegurar la continuidad del procesamiento de procedimientos/estudios y que deberán estar de acuerdo a las características de cada equipo.



En caso de que el equipo no se encuentre en plena capacidad de funcionamiento, se levantará el Acta Informativa para dejar constancia de los motivos y razones de la no aceptación del equipo, firmando la misma por el Jefe servicio de laboratorio Clínico, considerándose como notificado el participante Adjudicado de la Partida correspondiente a partir de ese momento, a través de la persona que haya designado y ante quien se realice la verificación en comento. La falta de firma por parte del personal de enlace del licitante no invalida el contenido del Acta Informativa. Por lo anterior el Licitante Adjudicado deberá proceder a la sustitución inmediata de los equipos con las mismas características y realizar de nueva cuenta las pruebas de verificación una vez instalado. Lo cual deberá realizarse dentro del plazo de los 10 (diez) días naturales establecidos para el inicio de la prestación del servicio.

BIENES DE CONSUMO.

El Licitante Adjudicado a cada Partida deberá entregar los bienes de consumo para la realización de los procedimientos/estudios del SMI de servicio de laboratorio Clínico, establecidos en el Catálogo de procedimientos/estudios, el Anexo 1 (uno) "Requerimiento del SMI de ELC", las cuales podrán ajustarse de acuerdo con las necesidades de cada unidad médica, durante la vigencia de la prestación del servicio en términos de lo establecido en los manuales de los equipos que oferte, siendo el responsable de su recepción periódica el Jefe o Encargado del servicio de laboratorio Clínico mediante el Anexo 5 "Cédula de Control de Bienes de Consumo". Los horarios de recepción de los bienes de consumo serán de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 horas, en días hábiles para el Instituto.

Debiendo considerar como Bienes de Consumo los siguientes:

- Reactivos.
- Controles.
- Calibradores.
- Consumibles.

Todos los Bienes de Consumo, que el Licitante Adjudicado considere en su propuesta para cada Partida, deberán ser originales y presentarse listos para ser utilizados, los cuales deberán ser **compatibles** con los equipos que oferten para la prestación del servicio y corresponderán a los niveles necesarios para obtener resultados precisos, de acuerdo a lo manifestado por el fabricante del producto, deberán ser de origen nacional o de los países miembros de los Tratados de Libre Comercio vigentes, con capítulo de compras gubernamentales, suscritos por México.

Para los bienes de consumo, los licitantes adjudicados, deberán considerar una vigencia de al menos 2 (dos) meses de caducidad, a excepción de aquellos que tengan como componente células sanguíneas (controles) para los cuales la vigencia deberá ser de al menos 28 (veintiocho) días.



En el caso que los licitantes propongan bienes de consumo que requieran temperaturas de conservación en rangos de temperatura de refrigeración o congelación deberán considerar y proporcionar el equipo refrigerador/congelador necesario para este fin, de tamaño y capacidad de acuerdo con las cantidades de insumos que se entreguen en cada Unidad Médica y a la disponibilidad de espacio.

Los bienes de consumo no deberán ostentar las leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", ser discontinuados o no se autorice su uso en el país de origen, porque hayan sido motivo de alertas que instruyan su retiro del mercado o de concentraciones por parte de las autoridades sanitarias.

Entrega Inicial. La primera dotación de bienes de consumo corresponderá en cantidad para la realización de la cantidad máxima de procedimientos/estudios que se realizan en 45 (cuarenta y cinco) días, y que deberá entregarse como mínimo antes de 5 (cinco) días hábiles previos a la puesta en operación de los equipos y al inicio de la prestación del servicio, en los domicilios de las unidades médicas que se señalan en la presente convocatoria.

Entregas Subsecuentes. Se deberán realizar conforme a las necesidades de cada unidad médica considerando su consumo promedio mensual histórico y el reabastecimiento del stock inicial para 45 días; los licitantes en su propuesta para la prestación del servicio deben considerar mínimo 4 (cuatro) entregas de bienes de consumo durante la vigencia de la prestación del servicio a realizarse los primeros 7 (siete) días hábiles de cada mes y tomando en consideración que el presente periodo de contratación es de Marzo - Diciembre 2026.

Bienes de Consumo para Pruebas de Control de Calidad Interno y Externo. Para las pruebas de Control de Calidad Interno y Externo, los licitantes adjudicados a cada Partida deberán considerar lo siguiente:

- Para el Control de Calidad Interno, deberá entregar los insumos necesarios, considerando cuando menos una corrida diaria o de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo/reactivo y a la productividad de cada Laboratorio Clínico.
- Para el Control de Calidad Externo, deberá entregar los viales del panel en las condiciones de temperatura, traslado y tiempos indicadas por el fabricante, para cada grupo de estudios, con la periodicidad que establezca el Programa al que se inscriba.
- Considerar todo lo señalado como CONTROL DE CALIDAD:

El participante Adjudicado de acuerdo a las partidas señaladas en el Anexo 1 (uno) deberán inscribir a los Estudios de Laboratorio Clínico, a un programa de Control de Calidad Externo (debiendo entregar la constancia de inscripción al Jefe o Encargado del Estudios de Laboratorio Clínico, a más tardar el día 30 (treinta) natural contado a partir de la emisión y notificación de la adjudicación.



Los insumos señalados anteriormente para el Control de Calidad Interno y Externo, no se considerarán como parte de la dotación de inicio ni subsecuente para los procedimientos/estudios requeridos y no tendrán costo adicional para el Instituto.

Visita de monitoreo. Los Licitantes Adjudicados a cada Partida deberán realizar visitas de monitoreo durante la vigencia de la prestación del servicio, con una frecuencia mínima cada 7 (siete) días naturales, de lunes a viernes en un horario entre las 09:00 horas y las 14:00 horas en los Servicios de laboratorio, en los cuales otorgará el apoyo logístico del servicio cuando así se requiera y cotejará la productividad registrada verificando además la existencia de los bienes de consumo, a fin de asegurar la prestación del servicio sin interrupciones por falta de insumos.

Entregas urgentes: Los licitantes adjudicados deberán realizar, conforme a las necesidades de cada Laboratorio de las Unidades Médicas en la(s) Partida(s) adjudicada(s), la entrega de los bienes de consumo de aquellos que se hayan agotado antes de la siguiente fecha de dotación consideradas en las entregas subsecuentes, a solicitud del Jefe o Encargado del servicio de laboratorio dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al de la hora de la solicitud realizada; en caso de no contar con los bienes de consumo necesarios para realizar los procedimientos/estudios en sitio, el Licitante Adjudicado a la Partida deberá realizar el traslado. Lugar y Horario de Entrega. Las entregas deberán realizarse en los domicilios de las unidades médicas señalados en las presentes bases, Los horarios de recepción de los bienes de consumo serán de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 horas, en días hábiles para el Instituto.

Bienes de consumo desperdiciados. El Licitante Adjudicado a cada Partida deberá reponer los bienes de consumo desperdiciados derivado de alguna falla en el proceso o en los equipos, en un lapso no mayor a 24 (veinticuatro) horas contadas a partir de la notificación por parte del Jefe o Encargado del servicio de laboratorio

Devolución y Reposición de Bienes de Consumo. El Instituto solicitará al participante asignado a cada Partida, la reposición de los bienes de consumo que presenten defectos a simple vista o de fabricación, especificaciones distintas a las establecidas en el contrato, identificadas posterior a la entrega, o de calidad inferior a la propuesta o con vicios ocultos, o bien, cuando el área usuaria manifieste alguna queja en el sentido de que el uso del bien puede afectar la calidad del servicio, y a su vez se notificará al participante Adjudicado por escrito y correo electrónico a la persona designada por este, a través del Administrador del Contrato, el cual contará a partir del día hábil siguiente a la notificación, con un plazo máximo de 10 (diez) días naturales, para realizar la reposición de los bienes de consumo, sin que las sustituciones impliquen su modificación y a entera satisfacción del Instituto, en caso contrario el Licitante Adjudicado a la Partida deberá realizar el traslado, procesamiento de los estudios y entrega de resultados.

Suspensión/Inhabilitación. En caso de que las Autoridades Sanitarias (COFEPRIS o Secretaría de Salud) suspendan o inhabiliten el registro sanitario de alguno de los bienes de consumo ofertados por algún Licitante Adjudicado, el Instituto procederá a la devolución o canje en términos de los establecido en el punto anterior, lo cual aplicará para los laboratorios en donde



se hayan entregado dichos bienes de consumo para la realización de los procedimientos o estudios motivo de este servicio.

En caso de que el Licitante Adjudicado no pueda reponer los bienes de consumo compatibles con los equipos instalados de acuerdo a su oferta, deberá sustituir el equipo, equipo complementario y/o accesorios por alguno de los ofertados y aceptados en el proceso licitatorio, así como los bienes de consumo compatibles con estos, en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales contados a partir de su notificación, de la misma manera, deberá realizar el traslado, procesamiento de los estudios y entrega de resultados, que permita continuar con el otorgamiento del servicio de estudios de laboratorio Clínico.

En caso de que alguno de los equipos o bienes de consumo ofertados y aceptados durante la licitación, pierda la vigencia del Registro Sanitario correspondiente durante la vigencia de la prestación del servicio y el Licitante Adjudicado a cada partida deberá sustituir el equipo, equipo complementario y/o accesorios por otro de los ofertados y aceptados en el proceso licitatorio o informar al Administrador del Contrato para que realice el trámite de Mejora Tecnológica, así como los bienes de consumo compatibles con estos, en un plazo no mayor a 45 (cuarenta y cinco) días naturales contados a partir de su notificación.

Daños y/o perjuicios. El Licitante Adjudicado a cada Partida se obliga a responder por su cuenta y riesgo de los daños y/o perjuicios que, por inobservancia o negligencia de su parte, llegue a causar al Instituto y/o terceros.

La transportación de los Bienes de Consumo, las maniobras de carga y descarga en el lugar que se determine por el Jefe o Encargado del servicio de laboratorio Clínico, correrá a cargo y cuenta del participante Adjudicado a cada Partida y sin costo adicional para el Instituto.

El desempeño de los bienes de consumo a suministrar, con los equipos a instalar para la prestación del servicio, deberán ser compatibles entre sí y corresponderán a los niveles necesarios para obtener resultados precisos y exactos, de acuerdo con lo manifestado por el fabricante del producto.

Los bienes de consumo no deberán ostentar las leyendas "Only Export" ni "Only Investigation", discontinuados o no se autorice su uso en el país de origen, porque hayan sido motivo de alertas que instruyan su retiro del mercado o de concentraciones por parte de las autoridades sanitarias y deberán ser de origen nacional o de los países miembros de los Tratados de Libre Comercio vigentes, con capítulo de compras gubernamentales, suscritos por México

Vigencia de la contratación y ejercicio presupuestal al que corresponda:

A partir de la firma del contrato al 31 de diciembre de 2026.



Firma del contrato

Se indicará en el dictamen o acta de fallo

El Instituto aplicará una pena convencional por cada día de atraso en la entrega de los bienes por el equivalente al **1 % (uno por ciento)**, sobre el valor total de lo incumplido, sin incluir el IVA, en el supuesto siguiente: (considerar la unidad de medida del servicio, con objeto de cuantificar el monto del servicio prestado con atraso).

- Cuando el proveedor no entregue los bienes que le hayan sido requeridos, dentro de los 15 (quince) días naturales posteriores a la fecha de emisión de la orden de reposición correspondiente. En este supuesto la aplicación de la pena convencional podrá ser hasta por un máximo de cuatro días como entrega con atraso
- Cuando “El proveedor” no reponga dentro del plazo señalado en la cláusula quinta del presente contrato los bienes que “El instituto” haya solicitado para su canje.
- Por ningún concepto la aplicación de penas convencionales podrá exceder el importe de la garantía de cumplimiento del contrato.

Causas de rescisión administrativa del contrato:

- A. El Instituto podrá rescindir administrativamente este contrato sin más responsabilidad para el mismo y sin necesidad de resolución judicial, cuando “el proveedor” incurra en cualquiera de las causales siguientes:
- B. Cuando no entregue la garantía de cumplimiento del contrato, dentro del término de 10 (diez) días naturales posteriores a la firma del mismo.
- C. Cuando incurra en falta de veracidad total o parcial respecto a la información proporcionada para la celebración del contrato.
- D. Cuando se incumpla, total o parcialmente, con cualesquiera de las obligaciones establecidas en el este instrumento jurídico y sus anexos.
- E. Cuando se compruebe que “el proveedor” ha prestado el servicio con características distintas a las pactadas en el presente instrumento jurídico.



F. Cuando habiendo transcurrido 4 (cuatro) horas después de la hora programada para la realización del servicio el proveedor no se presente a realizar el mismo o no otorgue el servicio o estudio solicitado.

G. Cuando el administrador del contrato reciba del área usuaria 4 reportes por incumplimiento parcial o deficiente por parte del proveedor y éste no corrija la ejecución de sus servicios.

H. Las penas convencionales y deductivas al pago de conformidad con lo dispuesto en el lineamiento 5.5.7. de las POBALINES.

Cuando "EL PROVEEDOR" no haya suministrado los bienes que le hayan sido requeridos dentro del plazo señalado considerando este plazo como entrega oportuna y un máximo de cuatro días con atraso.

La pena convencional por atraso se calculará por cada día de incumplimiento, a partir del día siguiente en que se concluya el plazo de entrega de los bienes de acuerdo con el porcentaje de penalización establecido, aplicado al valor de los bienes suministrados con atraso y de manera proporcional al importe de la garantía de cumplimiento. La suma de las penas convencionales no deberá exceder el importe de dicha garantía.

El proveedor a su vez, autoriza al Instituto a descontar las cantidades que resulten de aplicar la pena convencional, sobre los pagos que deberá cubrir al proveedor, para lo cual deberá presentar firmado y en hoja membretada el Aviso de Deducción Anexo 3(Tres)

En su caso, mecanismo requerido al proveedor para responder por defectos o vicios ocultos de los bienes o de la calidad de los servicios.

- Plazo para notificar al proveedor. Del mes de mayo a diciembre de 2026.
- Plazo y condiciones de canje o devolución del bien.

Las formulas deberán canjearse sin costo para el Instituto si presentan alguna alteración en su consistencia o contenido debiendo reponerse en un lapso no mayor a 3 (tres) días hábiles

Cuando alguna fórmula no se encuentre debidamente etiquetada con el contenido de la misma no será recibida por el Instituto y deberá canjearse en un lapso no mayor a 3 (tres) días hábiles



Garantías

“EL PROVEEDOR” se obliga a más tardar dentro de los 10 (diez) días naturales posteriores a la firma de este instrumento jurídico en términos del artículo 48 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Sector Público, una garantía de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a su cargo derivadas del presente contrato, mediante fianza expedida por compañía autorizada en los términos de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas a favor del Instituto Mexicano del Seguro Social, por un monto equivalente al 10%(diez por ciento), del monto máximo del contrato sin considerar el impuesto al Valor Agregado (I.V.A), en Moneda Nacional.

Forma de Pago

- ✓ Representación impresa del comprobante fiscal digital (CDFI), que cumpla con los requisitos establecidos en el Artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación en la que se indique:
 - Número de proveedor
 - Número de contrato; y,
 - Número de ID de pedido
- ✓ Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales en materia de seguridad social (IMSS), positiva y vigente

Esta documentación previa autorización de las Unidades médicas, deberá ser entregada en Violetas número 1007, Colonia Reforma C.P. 68050, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, para la emisión del contra – recibo de pago correspondiente en un horario 8 a 13 horas.

Establecer los mecanismos de comprobación supervisión y verificación de los bienes o de los servicios contratados y efectivamente entregados o prestados, así como del cumplimiento de las requisiciones de cada entregable:

Será responsabilidad de la unidad cotejar y realizar la conciliación de los estudios o pruebas efectivamente realizados en la Unidad médica.

El Instituto podrá en cualquier momento verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad, al participante que resulte adjudicado.



DOCUMENTOS QUE DEBERÁN PRESENTAR QUIENES DESEEN PARTICIPAR, RELATIVO A LA PROPOSICION LEGAL.

- 1) Una declaración firmada en forma autógrafa por el propio participante o su representante legal, por el que manifieste bajo protesta de decir verdad, no encontrarse en alguno de los supuestos establecidos por los artículos 71 y 90, penúltimo párrafo, de la LAASSP.
- 2) Escrito libre, en el que manifieste una o más cuentas de correo electrónico del participante en las cuales el IMSS pueda realizar cualquier tipo de notificación/comunicación a los participantes relacionados con el procedimiento de contratación y que nos ocupa.
- 3) Escrito en el que manifieste uno o más domicilios donde el participante autorice para oír y recibir notificaciones relacionadas con el procedimiento de contratación que nos ocupa.
- 4) Escrito de declaración de integridad, a través del cual el participante o su representante legal manifieste bajo protesta de decir verdad, que por sí mismos o a través de interpósita persona, se abstendrán de adoptar conductas para que los servidores públicos del Instituto, induzcan o alteren las evaluaciones de las proposiciones, el resultado del procedimiento, u otros aspectos que otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes
- 5) Conforme al artículo 35 del Reglamento de la Ley, escrito bajo protesta de decir verdad, a través del cual el participante manifieste que es de nacionalidad mexicana
- 6) Escrito por el que el participante se obliga, en caso de resultar adjudicado, a liberar al Instituto de toda responsabilidad de carácter civil, mercantil, penal o administrativa que, en su caso, se ocasione con motivo de la infracción de derechos de autor, patentes, marcas u otros derechos de propiedad industrial o intelectual a nivel Nacional o Internacional
- 7) El participante deberá presentar la Opinión positiva de cumplimiento de obligaciones fiscales emitida por el SAT vigente a al acto de presentación y apertura de proposiciones, en términos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación
- 8) Opinión positiva de cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social vigente a la firma del contrato emitida por el IMSS, en términos del artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación, del Acuerdo ACDO.AS2.HCT.270422/107.P.DIR, publicadas el 22 de septiembre de 2022 en el DOF.



- 9) Constancia de situación fiscal en la que conste que se encuentra al corriente de cumplimiento de obligaciones en materia de aportaciones patronales y entero de descuentos del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.
- 10) Escrito mediante el cual el participante autorice a los servidores públicos del Instituto puedan consultar su opinión de cumplimiento antes señaladas.
- 11) A fin de dar cumplimiento al artículo 49 fracción IX de la Ley General de Responsabilidades Administrativas donde manifieste bajo protesta de decir verdad que no desempeña empleo, cargo o comisión en el servicio público o, en su caso, que a pesar de desempeñarlo, con la formalización del contrato correspondiente no se actualiza un conflicto de interés.
- 12) Copia simple por ambos lados de su identificación oficial vigente con fotografía, (cartilla del servicio militar nacional, pasaporte, credencial para votar con fotografía o cédula profesional), tratándose de personas físicas; y, en el caso de personas morales, de la persona que firme la proposición.
- 13) Acta Constitutiva actualizada en caso que el participante sea persona Moral; y acta de Nacimiento, CURP y Alta ante el SAT, si es Personas Física.
- 14) Acreditación del Participante

INFORMACIÓN RESERVADA Y CONFIDENCIAL.

Se hace del conocimiento de las personas físicas y morales que tengan interés en participar en el procedimiento de contratación convocado, que en términos de lo dispuesto por los artículos 14 fracciones I y II, 18 fracciones I y II, y 19 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y 38 de su Reglamento, al momento de enviar su propuesta técnica-económica deberán indicar en el formato previsto en el Anexo () de la presente convocatoria, si en los documentos que proporcionen al Instituto se contiene información de carácter confidencial, reservada o comercial reservada, señalando los documentos o las secciones de estos que la contengan, así como el fundamento legal por el cual consideren que tengan ese carácter.



ANEXO 4 (CUATRO) (ACREDITACIÓN DEL PARTICIPANTE)

_____, (Nombre) _____, manifiesto bajo protesta a decir verdad, que los datos aquí asentados son ciertos, así como que cuento con facultades suficientes para suscribir las proposiciones en el presente procedimiento, a nombre y representación de: _____ (persona física o moral)

Registro Federal de Contribuyentes:	No Proveedor IMSS:	Núm. de Reg. patronal:
Domicilio.- Los datos aquí registrados corresponderán al del domicilio fiscal del proveedor o prestador de servicios)		
Calle y número:		
Colonia:	Delegación o Municipio:	
Código Postal:	Entidad federativa:	
Teléfonos:	Fax:	
Correo electrónico:		
No. de la escritura pública en la que consta su acta constitutiva:	Fecha	
Duración		
Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:		
Relación de socios o asociados.-		
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):
Descripción del objeto social:		
Reformas al acta constitutiva:		
Fecha y datos de inscripción en el Registro Público correspondiente:		
Nombre del apoderado o representante:		
Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades.-		
Escritura pública número:		Fecha:
Nombre, número y lugar del Notario Público ante el cual se protocolizó la misma:		
Fecha y datos de inscripción en el Registro Público correspondiente:		

Asimismo, manifiesto que los cambios o modificaciones que se realicen en cualquier momento a los datos o documentos contenidos en el presente documento y durante la vigencia del contrato que, en su caso, sea suscrito con el Instituto, deberán ser comunicados a éste, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se generen.

(Lugar y fecha)

Protesto lo necesario

(Nombre y firma)



ANEXO 5 (CINCO) CUESTIONARIO

Procedimiento de investigación de mercado número: **INVMER-027-2026.**

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO

Consideraciones para el llenado

- Se requiere que los bienes que oferte cumpla a cabalidad con las especificaciones solicitadas en los "Términos y Condiciones".
- Solo se deberá proporcionar precio para los bienes que este en posibilidades de atender al 100% a delegacional.
- Conteste a las preguntas solamente en los espacios en blanco provistos para tal efecto.
- Cuando sea el caso si la pregunta solo requiere una respuesta de tipo **SI/NO**, no ingrese mayor información.
- Todas las respuestas deben estar contenidas en los respectivos archivos, **NO se aceptaran respuestas en otros formatos.**

Los siguientes requerimientos son necesarios para asegurar que la respuesta al cuestionario sea válida:

- No cambie Ninguna otra celda aparte de las celdas destinadas a recibir su respuesta.
- Los archivos enviados con alteraciones serán descartados, en caso de archivos duplicados solo se considerara la información del último archivo recibido.
- No cambie o afecte la estructura de los archivos de ninguna manera (no ordene, no inserte, no cambie los nombres de los campos, etc.)
- Considere que las cantidades requeridas pueden modificarse al momento de efectuar el proceso de contratación.
- Por favor, responda las preguntas de la manera más completa posible.
- Envíe su respuesta del presente cuestionario y los servicios cotizados a más tardar el día **SEÑALADO EN LA HOJA 2 DE LA PRESENTE**



Preguntas generales

Información de contacto y perfil del proveedor



CUESTIONARIO A 8.xlsx

La información solicitada formara parte de la Investigación de Mercado que el Instituto Mexicano del Seguro Social realiza en cumplimiento al sexto párrafo del artículo 35 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP).

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que las respuestas al presente cuestionario, son ciertas y aplican para la empresa que represento.

Atentamente

Nombre y Firma autógrafa del Representante Legal





ANEXO 6 EQUIPAMIENTO

Nombre de la Unidad	Clave Unidad	Tipo de Unidad	Química Clínica Rutina	Biometría Hemática Rutina	Coagulación Rutina	Uroanálisis	Analizador de Gases Electrolitos en Sangre y pH en Sangre	Hemoglobina Glucosilada	Analizador de Electrolitos
Hospital Rural de Huajuapán de León	21P306	HR	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 2	TIPO 3
Hospital Rural de Huautla de Jiménez	21P309	HR	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 3	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 2	TIPO 3
Hospital Rural de Santiago Juxtlahuaca	21P308	HR	TIPO 3	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 2	TIPO 3
Hospital Rural de Tlaxiaco	21P305	HR	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 2	TIPO 3
Hospital Rural de Miahuatlán	21P304	HR	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 2	TIPO 3
Hospital Rural de Jamiltepec	21P302	HR	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 2	TIPO 3
Hospital Rural de Tlaxolula de Matamoros	21P301	HR	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 2	TIPO 3
Hospital Rural de San Ildefonso Villa Alta	21P303	HR	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 3	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 2	TIPO 3
Hospital Rural de Matías Romero	21P307	HR	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 2	TIPO 2	TIPO 3



ANEXO 7 (SIETE) "Cédula de Recepción de equipos"

PARTIDA: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

PROVEEDOR: _____

NO. DE CONTRATO: _____

FECHA DE FALLO: _____

FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: _____

NOMBRE DEL EQUIPO (DE ACUERDO CON EL ANEXO 4) _____

Marca y modelo: _____

1.- REMISIÓN DE ENTREGA No. _____

2.- FECHA DE RECEPCIÓN DEL (LOS) EQUIPO(S) A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO, JEFE DE FINANZAS Y DEL JEFE DE CONSERVACIÓN DÍA _____ MES _____ AÑO _____

3.- MARCA¹: _____

4.- MODELO¹: _____

5.- PAQUETE DE ESTUDIOS QUE REALIZA EL EQUIPO: _____:

¹ LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS SERÁN LAS MISMAS QUE FUERON ACEPTADAS DURANTE LA JUNTA DE ACLARACIÓN A LA CONVOCATORIA, EN LA PROPUESTA TÉCNICA DEL LICITANTE Y ACEPTADAS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN.

6.- NÚMERO(S) DE SERIE: _____

7.- CLAVE DE CUADRO BÁSICO INSTITUCIONAL "EN CASO DE CONTAR CON UNA": _____

8.- FECHA DE ÚLTIMO MANTENIMIENTO _____

9.-TELÉFONO PARA SOLICITAR SOPORTE TÉCNICO _____-

OBSERVACIÓN:

EN EL CASO DE QUE EXISTA DIFERENCIA DE LOS DATOS DE LA LISTA DE COTEJO DE LA RECEPCIÓN O ÉSTOS NO CORRESPONDAN A LOS CONTENIDOS EN EL CONTRATO O QUE NO SE ENCUENTREN EN PLENA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO O NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LO SOLICITADO O SE IDENTIFIQUE RIESGO POTENCIAL PARA LOS USUARIOS Y LOS PACIENTES SE LEVANTARÁ UN ACTA INFORMATIVA, DONDE SE DESCRIBA DETALLADAMENTE LA SITUACIÓN QUE MOTIVA LA NO RECEPCIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO.

NOMBRE Y FIRMA
JEFE O ENCARGADO DEL
LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA
ADMINISTRADOR DE LA
UNIDAD MÉDICA

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO





ANEXO 8 (OCHO)

CÉDULA PUESTA A PUNTO

PARTIDA: _____
OOAD/UMAE: _____
UNIDAD MÉDICA: _____
PROVEEDOR: _____
NO. DE CONTRATO: _____
FECHA DE FALLO: _____
FECHA LÍMITE DE PUESTA A PUNTO: _____
(EL DÍA 90 NATURAL CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DEL FALLO)
FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: _____

A. ENTREGA DE ÁREA FÍSICA

1.-FECHA EN QUE EL LICITANTE ADJUDICADO RECIBE POR PARTE DEL INSTITUTO EL ÁREA FÍSICA ASIGNADA
DÍA_____ MES_____ AÑO_____

2.-IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL ÁREA ASIGNADA:
TOMA DE AGUA SI () NO () TOMA ELÉCTRICA SI () NO ()

3.-ENTREGA DE ESPACIO FÍSICO ASIGNADO PARA GUARDA Y CUSTODIA DE LOS BIENES DE CONSUMO
SI () NO ()

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA
JEFE O ENCARGADO DEL
LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA
EMPRESA QUE OTORGA EL
SERVICIO

B. ADECUACIÓN DE ÁREA FÍSICA

1.- ¿CUMPLIÓ CON LAS ADECUACIONES AL ÁREA FÍSICA PARA LA PUESTA A PUNTO? SI () NO () NO REQUIERE ()
*EN CASO AFIRMATIVO DEBERÁ DE PRESENTAR DOCUMENTO SOPORTE (ACTA ADMINISTRATIVA) DE ENTREGA
DE LAS ADECUACIONES DEL ÁREA FÍSICA

2.- EN CASO AFIRMATIVO ¿EN QUE FECHA CONCLUYÓ LA ADECUACIÓN? _DÍA/MES/AÑO__



3.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO SI ESTE ES SU CASO: _____

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA
JEFE O ENCARGADO DEL
LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA
EMPRESA QUE OTORGA EL
SERVICIO

C. ENTREGA E INSTALACIÓN DE EQUIPOS, PERIFÉRICOS Y ACCESORIOS

1.- REMISIÓN DE ENTREGA No. _____

2.- FECHA DE RECEPCIÓN DEL EQUIPO, A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO DÍA _____
MES _____ AÑO _____

3.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO SI ESTE ES SU CASO: _____

4.- MARCA¹: _____

5.- MODELO¹: _____

AÑO DE FABRICACIÓN _____

6.- GRUPO DE ESTUDIOS QUE REALIZA EL EQUIPO: _____:

¹ LAS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS SERÁN LAS MISMAS QUE FUERON ACEPTADAS DURANTE LA JUNTA DE ACLARACIÓN A LAS BASES, EN LA PROPUESTA TÉCNICA DEL LICITANTE Y ACEPTADAS DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN.

7.- NÚMERO DE SERIE: _____

8.- CLAVE DE COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS "EN CASO DE CONTAR CON UNA": _____

I. DE LA RECEPCIÓN DE EQUIPO

SI NO

¿SE RECIBIÓ EMPACADO?

¿SE INSTALÓ POR PERSONAL TÉCNICO ESPECIALIZADO?

¿INCLUYE ACCESORIOS Y/O PERIFÉRICOS?

¿SE CALIBRÓ EL EQUIPO?

¿SE RECIBEN MANUALES DE OPERACIÓN EN IDIOMA
ESPAÑOL?





¿EL EQUIPO TRANSMITE DATOS AL SISTEMA INFORMÁTICO?

NOTA: EN EL CASO DE QUE EXISTA DIFERENCIA DE LOS DATOS DE LA LISTA DE COTEJO DE LA RECEPCIÓN O ÉSTOS NO CORRESPONDAN A LOS CONTENIDOS EN EL CONTRATO, O QUE NO SE ENCUENTREN EN PLENA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO O NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LO SOLICITADO O SE IDENTIFIQUE RIESGO POTENCIAL PARA LOS USUARIOS Y LOS PACIENTES, SE LEVANTARÁ UN ACTA INFORMATIVA, DONDE SE DESCRIBA DETALLADAMENTE LA SITUACIÓN QUE MOTIVA LA NO RECEPCIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO.

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA
JEFE O ENCARGADO DEL
LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA
EMPRESA QUE OTORGA EL
SERVICIO

D. BIENES DE CONSUMO

SI NO

¿SE RECIBEN NUEVOS Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES?

¿EXISTE COMPATIBILIDAD DE BIENES DE CONSUMO POR MARCA Y MODELO DE EQUIPO ENTREGADO?

¿LA PRIMERA DOTACIÓN CORRESPONDE PARA 45 (CUARENTA Y CINCO) DÍAS?

¿CORRESPONDE LA VIGENCIA DE LOS REACTIVOS PARA SU CONSUMO AL MENOS DE 2 MESES DE SU CADUCIDAD?

SE ENTREGARON ANTES DEL INICIO DE LA OPERACIÓN

1.- FECHA DE RECEPCIÓN DE LOS REACTIVOS Y BIENES DE CONSUMO A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO, DÍA_____ MES_____ AÑO_____

2.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO SI ESTE ES SU CASO: _____

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA
JEFE O ENCARGADO DEL
LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA
EMPRESA QUE OTORGA EL
SERVICIO





E. CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO

SI NO

¿SE RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN DEL EQUIPO? ANEXO T7.1
"REGISTRO DEL PERSONAL QUE ASISTE A LA CAPACITACIÓN"

* EL PROVEEDOR ADJUDICADO OTORGARÁ LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL QUE SEA DESIGNADO POR EL INSTITUTO EN LAS UNIDADES MÉDICAS, DENTRO DE LA JORNADA LABORAL DEL TRABAJADOR, POR LO QUE SE REQUIERE UN **ANEXO T7.1 "FORMATO ASISTENCIA A CAPACITACIÓN"** POR CADA CAPACITACIÓN.

1.- FECHA DE LA ÚLTIMA CAPACITACIÓN OTORGADA A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE DE SERVICIO
DÍA_____ MES_____ AÑO_____

2.- NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDE EL NIVEL DE SERVICIO POR CAUSAS IMPUTABLES AL PROVEEDOR ADJUDICADO, SI ESTE ES SU CASO: _____

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA
JEFE O ENCARGADO DEL
LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA
EMPRESA QUE OTORGA EL
SERVICIO

F. SISTEMA DE INFORMACIÓN

SI NO

¿SE INSTALÓ CORRECTAMENTE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN?
¿ENVÍA CORRECTAMENTE LOS MENSAJES VÍA HL7?

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA
Coordinador Delegacional de
Informática/Ing. Biomédico en
UMAE

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA
EMPRESA QUE OTORGA EL
SERVICIO

G. ASISTENCIA TÉCNICA

SI NO

¿SE CUENTA CON SOPORTE EN



LÍNEA QUE FUNCIONE LAS 24 (VEINTICUATRO) ¿HORAS DEL DÍA, PARA LOS REPORTES DE FALLAS EN LOS EQUIPOS O EL SISTEMA DE INFORMACIÓN?

H. PUESTA A PUNTO

	SI	NO
UNA VEZ VERIFICADO Y VALIDADO POR EL JEFE DEL SERVICIO ¿EL EQUIPO SE ENCUENTRA EN PUESTO A PUNTO?		

FECHA DE PUESTA A PUNTO	FECHA LIMITE	DÍAS DE INCUMPLIMIENTO
DÍA/MES/AÑO	90 (noventa) DÍAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE FALLO	(EN CASO DE QUE LA PUESTA A PUNTO SE ENCUENTRE FUERA DE LA FECHA LÍMITE PARA PUESTA A PUNTO)

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: _____

I. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

(Adjuntar fotografías del equipo instalado y su entorno)

COMENTARIOS/OBSERVACIONES: _____

ANEXO 9

“ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPAMIENTO”

Grupo 1. Química Clínica



NOMBRE GENÉRICO:		ANALIZADOR DE BIOQUÍMICA CLÍNICA. Tipo 1
Grupo de Estudios:		Grupo 1. Química Clínica
CLAVE		533.036.0701
Nombre de Licitante:		
Partida(s) en las que participa:		
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		
No.	DESCRIPCIÓN:	Folio de referencia
1	Sistema automatizado para determinar pruebas de química clínica.	
2	Principio de funcionamiento: colorimétrico, enzimático o turbidimétrico.	
3	Determinación de electrolitos séricos y urinarios por ISE o equivalente.	
4	Analitos o estudios para determinar por la unidad médica solicitante.	
5	Número de reactivos a bordo. Los suficientes para cubrir los analitos o estudios solicitados en una jornada de trabajo.	
6	Sistema de refrigeración para reactivos, integrado.	
7	Capacidad de procesamiento: superior a 900 pruebas fotométricas por hora.	
9	Volumen de muestra: 1 – 80 µl y 1 – 35 µl en hospitales pediátricos.	
10	Capacidad para analizar muestras de suero, plasma, orina y otros líquidos corporales.	



NOMBRE GENÉRICO:		ANALIZADOR DE BIOQUÍMICA CLÍNICA. Tipo 4
Grupo de Estudios:		Grupo 1. Química Clínica
CLAVE		533.036.0701
Nombre de Licitante:		
Partida(s) en las que participa:		
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		
No.	DESCRIPCIÓN:	Folio de referencia
1	Sistema automatizado o semiautomatizado automatizado para determinar pruebas de química clínica.	
2	Principio de funcionamiento: colorimétrico, enzimático o turbidimétrico.	
3	Determinación de electrolitos séricos y urinarios por ISE o equivalente.	
4	Analitos o estudios para determinar por la unidad médica solicitante.	
5	Número de reactivos a bordo. Los suficientes para cubrir los analitos o estudios solicitados en una jornada de trabajo.	
6	Sistema de refrigeración para reactivos, integrado.	
7	Capacidad de procesamiento: de 300 a 499 pruebas fotométricas por hora.	
9	Volumen de muestra: 1 – 100 µl	
10	Capacidad para analizar muestras de suero, plasma, orina y otros líquidos corporales.	

NOMBRE GENÉRICO:		ANALIZADOR DE BIOQUÍMICA CLÍNICA. Tipo 5
Grupo de Estudios:		Grupo 1. Química Clínica
CLAVE		533.036.0701
Nombre de Licitante:		
Partida(s) en las que participa:		
Marca del Equipo:		
Modelo del Equipo:		
Nombre de Licitante:		
No.	DESCRIPCIÓN:	Folio de referencia
1	Sistema automatizado o semiautomatizado automatizado para determinar	



	pruebas de química clínica.	
2	Principio de funcionamiento: colorimétrico, enzimático o turbidimétrico.	
3	Determinación de electrolitos séricos y urinarios por ISE o equivalente.	
4	Analitos o estudios para determinar por la unidad médica solicitante.	
5	Número de reactivos a bordo. Los suficientes para cubrir los analitos o estudios solicitados en una jornada de trabajo.	
6	Sistema de refrigeración para reactivos, integrado.	
7	Capacidad de procesamiento: de 60 a 299 pruebas por hora (fotométricas + ISE).	
9	Volumen de muestra: 1 – 100 µl	
10	Capacidad para analizar muestras de suero, plasma, orina y otros líquidos corporales.	

- a) El equipamiento de Química Clínica Rutina y Urgencias, estipulado, deberá contar con los siguientes requisitos:
- Efectuar determinaciones de amilasa, glucosa, Lactato Deshidrogenasa, urea, sodio, potasio, cloro, fósforo, magnesio, calcio en orina y líquidos corporales, o en su caso ofrecer los reactivos idóneos para ello.
 - En caso de requerir agua desionizada, deberán instalar el equipo adicional para obtenerla o contemplar en la dotación de bienes de consumo de esta.
 - Los equipos requieren un volumen de muestra de 1 – 80 µl,
 - Capacidad de recibir muestras en tubo primario, copa o copilla.
 - Se podrán instalar equipos en modular con el fin de optimizar los espacios en las Unidades Médicas.
 - Deberán contar con lector para código de barras.
 - Software de operación en español.
 - Puerto de comunicación para interfaz.
 - Monitor Integrado o adicional.
 - En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
 - Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
 - Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
 - Proporcionará una centrifugadora por cada equipo de química clínica instalado, con capacidad de acuerdo con productividad, tomando en cuenta la infraestructura de cada laboratorio.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- Deberá incluir la dotación de sueros control, Líquidos y / o Liofilizados, para el control de calidad interno mínimo a dos niveles y los del control de calidad externo para los analitos que se monten en los respectivos equipos.
- Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los sueros control.



Grupo 1 Química Clínica		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios
40.01.001	Ácido Úrico	Debe procesarse en sitio.
40.01.002	Urea/Nitrógeno Ureico	Debe procesarse en sitio. En caso de procesar Urea, el Sistema deberá reportar el cálculo de Nitrógeno Ureico y en caso procesar Nitrógeno Ureico, se deberá reportar el cálculo de Urea.
40.01.003	Creatinina	Debe procesarse en sitio. La determinación de Creatinina incluirá en el Sistema de Información la aplicación de las siguientes fórmulas para el cálculo de la Función Renal: - Ecuación MDRD de 4 elementos: $186.3 \times (\text{Creatinina plasmática})^{-1.154} \times \text{EDAD}^{-0.203}$ (x 0.742 si es mujer) - Ecuación MDRD 6 elementos: $170 \times (\text{Creatinina plasmática})^{-0.999} \times \text{EDAD}^{-0.176}$ (x 0.762 si es mujer) x Nitrógeno Ureico ^{-0.17} x albúmina ^{0.318} Los Resultados deben aparecer en el reporte de los resultados.
40.01.004	Microalbumina	Debe procesarse en sitio. Para el caso de Microalbumina, incluirá en el Sistema de Información la aplicación de la siguiente fórmula para la detección de microalbuminuria: Índice Albuminuria/Creatininuria = Microalbuminuria * 100 / creatinina en orina
40.01.005	Proteínas totales	Debe procesarse en sitio.
40.01.006	Microproteínas en líquidos	Debe procesarse en sitio. Es la determinación de proteínas en líquido cefalorraquídeo, cavidades serosas y líquido sinovial.
40.01.007	Albúmina	Debe procesarse en sitio.
40.01.008	Bilirrubina Directa	Debe procesarse en sitio.
40.01.009	Bilirrubinas Totales	Debe procesarse en sitio. En caso de que se realice la medición de Bilirrubina total y Bilirrubina Directa, el sistema deberá realizar el cálculo de la Bilirrubina Indirecta.
40.01.010	Fosfatasa Alcalina	Debe procesarse en sitio.
40.01.011	Gamma Glutamyl Transferasa (GGT)	Debe procesarse en sitio.
40.01.012	Aspartato Aminotransferasa (AST)	Debe procesarse en sitio.
40.01.013	Alanina Aminotransferasa (ALT)	Debe procesarse en sitio.
40.01.014	Lactato Deshidrogenasa (DHL)	Debe procesarse en sitio.
40.01.015	Amilasa	Debe procesarse en sitio.
40.01.016	Lipasa	Debe procesarse en sitio.
40.01.017	Glucosa	Debe procesarse en sitio.
40.01.018	Colesterol	Debe procesarse en sitio.
40.01.019	Colesterol, Lipoproteínas de Alta Densidad (HDL)	Debe procesarse en sitio. La determinación de Colesterol de Baja densidad (LDL), incluye la aplicación de la Ecuación de Friedewald ($\text{LDL} = \text{CT} - (\text{TG}/5 + \text{HDL})$; para su medición indirecta a partir de CT, TG y HDL-C. Este parámetro no es susceptible de facturar.
40.01.020	Colesterol, Lipoproteínas de Baja Densidad (LDL)	Debe procesarse en sitio. Proceso en sitio. Deben considerar el proceso en sitio por medio de la determinación de LDL.
40.01.021	Triglicéridos	Debe procesarse en sitio.
40.01.022	Mioglobina, cuantitativa	Debe procesarse en sitio. En el caso de la mioglobina cuantitativa, se podrá realizar en los equipos ofertados para otros grupos de estudio.
40.01.023	Creatin Fosfoquinasa (CPK) Total	Debe procesarse en sitio.
40.01.024	CPK, fracción MB enzimática (CPK-MBe)	Debe procesarse en sitio.
40.01.025	CPK, fracción MB masa (CPK-MBm)	Debe procesarse en sitio.
40.01.026	Potasio	Debe procesarse en sitio.
40.01.027	Sodio	Debe procesarse en sitio.
40.01.028	Cloro	Debe procesarse en sitio.
40.01.029	Calcio	Debe procesarse en sitio.
40.01.030	Fósforo	Debe procesarse en sitio.
40.01.031	Magnesio	Debe procesarse en sitio.
40.01.032	Hierro	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.01.033	Ferritina	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.01.034	Transferrina	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.01.035	Capacidad de fijación de Hierro	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Para la cinética de hierro, se podrá realizar por medio de la capacidad total de unión al hierro (TIBC) o la capacidad latente de fijación de hierro (UIBC)
40.01.036	Ceruloplasmina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.01.037	Amonio	La clave 40.01.037 Amonio, se deberá realizar el proceso en sitio para las siguientes unidades:



		<table><tr><th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr><tr><td>55</td><td>4T</td><td>UMAE HP CMN OCC</td><td>HP CMN Occidente</td></tr><tr><td>54</td><td>4S</td><td>UMAE HP CMN Siglo XXI</td><td>HP CMN Siglo XXI</td></tr><tr><td>58</td><td>4X</td><td>UMAE HGRAL CMN La Raza</td><td>HG CMN La Raza.</td></tr><tr><td>2</td><td>02</td><td>Baja California</td><td>HGR 1 Tijuana</td></tr><tr><td>42</td><td>4G</td><td>UMAE HE 1 CMN Bajío</td><td>HES 1 CMN del Bajío</td></tr><tr><td>39</td><td>4D</td><td>UMAE HE 25 CMN Monterrey</td><td>HES 25 Monterrey</td></tr></table>	Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	55	4T	UMAE HP CMN OCC	HP CMN Occidente	54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI	58	4X	UMAE HGRAL CMN La Raza	HG CMN La Raza.	2	02	Baja California	HGR 1 Tijuana	42	4G	UMAE HE 1 CMN Bajío	HES 1 CMN del Bajío	39	4D	UMAE HE 25 CMN Monterrey	HES 25 Monterrey
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD																											
55	4T	UMAE HP CMN OCC	HP CMN Occidente																											
54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI																											
58	4X	UMAE HGRAL CMN La Raza	HG CMN La Raza.																											
2	02	Baja California	HGR 1 Tijuana																											
42	4G	UMAE HE 1 CMN Bajío	HES 1 CMN del Bajío																											
39	4D	UMAE HE 25 CMN Monterrey	HES 25 Monterrey																											
		Para el resto de las Unidades Médicas, se enviará a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.038	Ácido Láctico	Para la clave 40.01.038 Ácido Láctico, es la determinación de lactato en Líquido Cefalorraquídeo, cavidades serosas y líquido sinovial; se deberá realizar en el equipo de Química Clínica el proceso en sitio para las siguientes unidades: <table><tr><th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr><tr><td>37</td><td>4B</td><td>UMAE HE CMN Siglo XXI</td><td>HES CMN Siglo XXI</td></tr><tr><td>42</td><td>4G</td><td>UMAE HE 1 CMN Bajío</td><td>HES 1 CMN del Bajío</td></tr><tr><td>55</td><td>4T</td><td>UMAE HP CMN OCC</td><td>HP CMN Occidente</td></tr><tr><td>54</td><td>4S</td><td>UMAE HP CMN Siglo XXI</td><td>HP CMN Siglo XXI</td></tr><tr><td>58</td><td>UX</td><td>UMAE HG CMN La Raza</td><td>HG CMN La Raza</td></tr></table>	Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	37	4B	UMAE HE CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI	42	4G	UMAE HE 1 CMN Bajío	HES 1 CMN del Bajío	55	4T	UMAE HP CMN OCC	HP CMN Occidente	54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI	58	UX	UMAE HG CMN La Raza	HG CMN La Raza				
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD																											
37	4B	UMAE HE CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI																											
42	4G	UMAE HE 1 CMN Bajío	HES 1 CMN del Bajío																											
55	4T	UMAE HP CMN OCC	HP CMN Occidente																											
54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI																											
58	UX	UMAE HG CMN La Raza	HG CMN La Raza																											
40.01.039	Ácidos Biliares totales y fraccionados	Envío a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.040	Oxalato en orina de 24 horas	Para la clave 40.01.040 Oxalato en orina e 24 horas, se deberá realizar el proceso en sitio para las siguientes unidades: <table><tr><th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr><tr><td>36</td><td>4A</td><td>UMAE HE CMN La Raza</td><td>HES CMN La Raza</td></tr></table>	Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	36	4A	UMAE HE CMN La Raza	HES CMN La Raza																				
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD																											
36	4A	UMAE HE CMN La Raza	HES CMN La Raza																											
		Para el resto de las Unidades Médicas, se debe enviar a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.041	Citrato en orina de 24 horas	Para la clave 40.01.041 Citrato en orina e 24 horas, se deberá realizar el proceso en sitio para las siguientes unidades: <table><tr><th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr><tr><td>36</td><td>4A</td><td>UMAE HE CMN La Raza</td><td>HES CMN La Raza</td></tr></table>	Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	36	4A	UMAE HE CMN La Raza	HES CMN La Raza																				
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD																											
36	4A	UMAE HE CMN La Raza	HES CMN La Raza																											
		Para el resto de las Unidades Médicas, se debe enviar a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.042	Fosfatasa Alcalina Ósea (Ostasa)	Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.043	Aldolasa	Envío a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.044	Colinesterasa	Envío a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.045	Fosfatidilglicerol	Envío a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.046	Relación Lecitina/Esfingomielina	Envío a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.047	Alfa 1 anti-Tripsina	Envío a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.048	Azúcares Reductores en Materia Fecal	Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.049	Grasas Totales en Materia Fecal	Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia.																												
40.01.050	Hemoglobina Fecal (FIT)	Para los OOAD, esta clave de estudio deberá ser procesada en el CRAP más cercano a la localidad. En el caso de las UMAE que no cuentan con equipo de Sangre Oculta en Heces asignado, se deberá enviar a Laboratorio de Referencia.																												



Grupo 2 Citometría Hemática		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones
40.02.001	Citometría Hemática	Debe procesarse en sitio. Los parámetros mínimos que se deben obtener del equipo son: a) Fórmula Blanca: cuenta de glóbulos blancos, cuenta de neutrófilos, porcentaje de neutrófilos, cuenta de linfocitos, porcentaje de linfocitos, cuenta de monocitos, porcentaje de linfocitos, cuenta de eosinófilos, porcentaje de eosinófilos, cuenta de basófilos, porcentaje de basófilos. b) Fórmula Roja: cuenta de eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, volumen corpuscular medio, hemoglobina corpuscular media, concentración media de hemoglobina corpuscular, ancho de distribución eritrocitaria. c) Plaquetocrito: cuenta plaquetaria

Equipamiento para el grupo de Hematología

El equipamiento para el grupo de Hematología estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:

- En caso de instalar equipos que realicen parámetros adicionales a los mínimos especificados, se deberán realizar y reportar sin costo adicional para el Instituto.
- Se podrán instalar equipos en modular con el fin de optimizar los espacios en las Unidades Médicas.
- Deberán contar con lector para código de barras.
- Software de operación en español.
- Puerto de comunicación para interfaz.
- Monitor Integrado o adicional.
- En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
- Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
- Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
- Deberá proporcionar un microscopio de campo claro con oculares 10X y objetivos 10X, 40X y 100X como mínimo para cada equipo instalado para el área de hematología.
- Deberá proporcionar un agitador de balanza por cada Unidad Médica que tenga equipo instalado para el área de hematología.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- Incluir la dotación de muestras control para el control de calidad interno a tres niveles: bajo, normal y alto; y del control de calidad externo.
- Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de las muestras control.



Grupo 3 Coagulación		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones
40.03.001	Tiempo de Protrombina (TP)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP***. El reactivo utilizado para el Tiempo de Protrombina (TP), deberá tener un ISI menor a 1.2 Para el caso de los reportes en el Sistema de Información de diluciones y correcciones con plasma y/o solución, cada dilución y corrección realizada será considerada como prueba efectiva realizada.
40.03.002	Tiempo de Tromboplastina Parcial activada (TTPa)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP***. Para el caso de los reportes en el Sistema de Información de diluciones y correcciones con plasma y/o solución, cada dilución y corrección realizada será considerada como prueba efectiva realizada.
40.03.003	INR/Tiempo de Protrombina en sangre total	Debe procesarse en sitio. El estudio INR/Tiempo de Protrombina en sangre total deberá procesarse en el equipo Analizador Clínico Portátil de Sangre

***Las Unidades que cuenten con requerimiento para la clave 40.03.001 o 40.03.002 y no tengan equipo asignado, deberán ser procesados los estudios en el CRAP.

Equipamiento para el grupo de Coagulación

- a) El equipamiento para el grupo de Coagulación estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:
- Capacidad de recibir muestras en tubo primario, copa o copilla.
 - Deberán contar con lector para código de barras.
 - Software de operación en español.
 - Puerto de comunicación para interfaz.
 - Monitor Integrado o adicional.
 - En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
 - Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
 - Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
 - El licitante adjudicado proporcionará una centrifugadora con capacidad de acuerdo con productividad, tomando en cuenta la infraestructura de cada laboratorio, por equipo asignado de Rutina de Coagulación.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
 - Deberá incluir la dotación de plasmas control para el control de calidad interno mínimo a dos niveles: normal y anormal, líquido o liofilizado; y del control de calidad externo.
 - Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los plasmas control.
- b) El equipamiento *Monitor de Anticoagulación*, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá poder realizar los siguientes estudios como mínimo:
- Debe realizar la determinación de INR en muestra de sangre total.
 - Contar con algún medio de comunicación para interfaz
 - En caso de requerir papel impresor, deberá considerar los insumos mensuales para esta.



Grupo 5 Examen General de Orina		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones
40.05.001	Examen general de orina	Debe procesarse en sitio. Los parámetros mínimos que se deben obtener del equipo son: Densidad específica, pH, urobilinógeno, proteínas, cuerpos cetónicos, hemoglobina, glucosa, bilirrubina, esterasa leucocitaria, nitritos.

Equipamiento para el grupo de Examen General de Orina

El equipamiento para el grupo de Examen General de Orina estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:

- Deberán contar con lector para código de barras.
- Software de operación en español.
- Puerto de comunicación para interfaz.
- Monitor Integrado o adicional.
- En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
- Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
- Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
- Deberá proporcionar un microscopio de campo claro con oculares 10X y objetivos 10X, 40X y 100X como mínimo para cada uno de los laboratorios que tengan equipo de uroanálisis asignado.
- En caso de que el equipo requiera que la muestra sea procesada desde un tubo, se deberá dotar de este insumo.
- Proporcionará una centrifugadora por cada equipo de química clínica instalado, con capacidad de acuerdo a productividad, tomando en cuenta la infraestructura de cada laboratorio.

Control de Calidad

- a. El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- b. Deberá incluir dotación de controles para el control de calidad interno mínimo a dos niveles y del control de calidad externo.
- c. Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los sueros control.

Insumos

- o Deberá considerar la dotación del reactivo para la tinción de sedimento urinario (Sternheimer-Malbin).

Grupo 6 Gases en Sangre		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones
40.06.001	Gases en sangre	Debe procesarse en sitio. Los parámetros mínimos para reportar son: pH, po2, pco2
40.06.002	Gases en sangre con analitos	Debe procesarse en sitio. Los parámetros mínimos para reportar son: pH, po2, pco2, Hematocrito, Glucosa, Lactato, Sodio, Potasio, Calcio Se consulta a la convocante si es posible ofertar un analizador que utiliza cartuchos separados para la determinación de gases en sangre (pH, po2, pco2, Lactato) y química clínica (Hematocrito, Glucosa, Sodio, Potasio, Calcio) con una duración de 2 minutos de procesamiento cada uno, lo que permitiría realizar 15 estudios por hora si se procesan todos los analitos, pero que tiene la capacidad de poderse medir por separado permitiendo hasta 30 estudios por hora.
40.06.003	Gases en sangre con co-oximetría	Debe procesarse en sitio. Los parámetros mínimos para reportar son: pH, po2, pco2, hco3, EB, hb, Metahemoglobina, Oxihemoglobina, Carboxihemoglobina.

Especificaciones

El estudio podrá realizarse en sangre arterial, venosa o capilar.

Equipamiento para el grupo de Gases en Sangre

- a) El equipamiento de Gases en Sangre, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:
 - o Para el caso de las Unidades Médicas monotemáticas en pediatría (Hospitales de Gineco-Pediatría, Hospitales de Pediatría y Hospital General de la Raza), se deberá contemplar mínimo uno de los gasómetros de su equipamiento que permita la toma de muestra con capilar heparinizado. Deberán dotar los bienes de consumo idóneos para el proceso de la gasometría con tubo capilar.





- En caso de instalar equipos con parámetros calculados adicionales a los mínimos especificados, se deberán realizar y reportar sin costo adicional para el Instituto.
- Para las Unidades médicas con requerimiento de estas pruebas y que no se contemple la asignación de equipo para el grupo de Gases en Sangre, se podrá instalar el equipo o procesar los estudios en el equipo tipo 1 Analizador Clínico portátil de Sangre asignado en el equipamiento del grupo de estudios de Química Clínica.
- Deberán contar con lector para código de barras.
- Software de operación en español.
- Puerto de comunicación para interfaz.
- Monitor Integrado o adicional.
- En caso de requerir papel impresor, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
- Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
- Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- Deberá incluir la dotación de controles para el control de calidad interno y del control de calidad externo mínimo a dos niveles, deberá incluir cuando menos uno de: acidosis, alcalosis o normal.
- Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los controles.

Grupo 7 Microbiología																																																			
Estudios Incluidos:																																																			
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios																																																	
40.07.001	Cultivo (sólo aislamiento)	*****																																																	
40.07.002	Identificación bacteriana	+++++																																																	
40.07.003	Sensibilidad bacteriana	∞ ∞ ∞ ∞																																																	
40.07.004	Frasco de Hemocultivo	Debe procesarse en sitio. Para la clave 40.07.004 el caso de los hemocultivos, las presentaciones específicas de tubos o frascos aerobios serán diferentes para pacientes pediátricos y adultos; en el caso de anaerobios y hongos, será indistinto su uso para todo tipo de paciente. El pago será efectuado por frasco individual, independientemente de la cantidad de frascos que sean utilizados por paciente.																																																	
40.07.005	Detección de antígenos bacterianos en líquidos corporales	Se deberá realizar el proceso en sitio para las siguientes unidades: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>58</td><td>4X</td><td>UMAE HGRAL CMN La Raza</td><td>HINF CMN La Raza</td></tr> <tr> <td>35</td><td>40</td><td>Ciudad de México Sur</td><td>HGR 2 Villa Coapa</td></tr> <tr> <td>19</td><td>20</td><td>Nuevo León</td><td>HGZ 33 Félix U. Gómez</td></tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>Puebla</td><td>HGZ 20 La Margarita</td></tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td>Tlaxcala</td><td>HGZ 1 Tlaxcala</td></tr> <tr> <td>26</td><td>27</td><td>Sonora</td><td>HGR 1 Cd. Obregón</td></tr> <tr> <td>31</td><td>32</td><td>Veracruz Sur</td><td>HGR Orizaba</td></tr> <tr> <td>37</td><td>4B</td><td>UMAE HE CMN Siglo XXI</td><td>HES CMN Siglo XXI</td></tr> <tr> <td>44</td><td>4I</td><td>UMAE HE 14 CMN Veracruz</td><td>HES 14 Veracruz</td></tr> <tr> <td>54</td><td>4S</td><td>UMAE HP CMN Siglo XXI</td><td>HP CMN Siglo XXI</td></tr> <tr> <td>40</td><td>4E</td><td>UMAE HE 71 Torreón</td><td>HES 71 Torreón</td></tr> </tbody> </table> Para el resto de las Unidades Médicas, se puede procesar en CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.		Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	58	4X	UMAE HGRAL CMN La Raza	HINF CMN La Raza	35	40	Ciudad de México Sur	HGR 2 Villa Coapa	19	20	Nuevo León	HGZ 33 Félix U. Gómez	21	22	Puebla	HGZ 20 La Margarita	29	30	Tlaxcala	HGZ 1 Tlaxcala	26	27	Sonora	HGR 1 Cd. Obregón	31	32	Veracruz Sur	HGR Orizaba	37	4B	UMAE HE CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI	44	4I	UMAE HE 14 CMN Veracruz	HES 14 Veracruz	54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI	40	4E	UMAE HE 71 Torreón	HES 71 Torreón
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD																																																
58	4X	UMAE HGRAL CMN La Raza	HINF CMN La Raza																																																
35	40	Ciudad de México Sur	HGR 2 Villa Coapa																																																
19	20	Nuevo León	HGZ 33 Félix U. Gómez																																																
21	22	Puebla	HGZ 20 La Margarita																																																
29	30	Tlaxcala	HGZ 1 Tlaxcala																																																
26	27	Sonora	HGR 1 Cd. Obregón																																																
31	32	Veracruz Sur	HGR Orizaba																																																
37	4B	UMAE HE CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI																																																
44	4I	UMAE HE 14 CMN Veracruz	HES 14 Veracruz																																																
54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI																																																
40	4E	UMAE HE 71 Torreón	HES 71 Torreón																																																
40.07.006	Identificación microbiológica por espectrometría de masas	Debe procesarse en sitio, se deberá contemplar la dotación de los reactivos para poder procesar bacterias, hongos, y para el Hospital de Infectología CMN La Raza, además se debe contemplar reactivo para identificación de Mycobacterium/Nocardia																																																	
40.07.007	Cultivo de Mycoplasma pneumoniae	Envío a Laboratorio de Referencia.																																																	
40.07.008	Cultivo de Mycoplasma y Ureaplasma genital	Envío a Laboratorio de Referencia.																																																	



40.07.009	Identificación de Levaduras	Debe procesarse en sitio.
40.07.010	Sensibilidad a Levaduras	Debe procesarse en sitio.

*****Clave 40.07.001 Cultivo (solo aislamiento)

Esta clave debe procesarse en sitio, se facturará por cada batería de medios de cultivo asignada para cada muestra biológica. Deberá contemplar la dotación de los medios de cultivo preparados idóneos (las cajas podrán contener 1, 2 o hasta 3 medios diferentes) en dotación suficiente para su uso para los laboratorios que tengan en su requerimiento la clave 40.07.001 de acuerdo con la tabla siguiente:

Muestra Biológica	Batería de Medios de Cultivo Recomendados
Exudado Faríngeo.	Dotación mínima de un agar: - Agar Columbia con 5% sangre ovina
Exudado Nasal.	Dotación mínima de dos agares: - Agar Chocolate - Agar Cromogénico para aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i>
Aspirado Bronquial.	Dotación mínima de cinco agares:
Secreciones Bronquiales.	- Agar Columbia con 5% sangre ovina
Lavado Bronquial.	- Agar Chocolate
Espujo.	- Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras
	- Agar Cromogénico para aislamiento de microorganismos de tracto urinario
	- Agar Cromogénico para aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i>
Secreciones.	Dotación mínima de cinco agares:
Herida quirúrgica.	- Agar Columbia con 5% sangre ovina
Empiomas.	- Agar Chocolate
Abscesos.	- Agar MacConkey
Úlceras.	- Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras
	- Agar Cromogénico para aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i>
Urocultivos.	Dotación mínima de cinco agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Cromogénico para aislamiento de microorganismos de tracto urinario
Vaginal	Dotación mínima de cuatro agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar Thayer Martin - Agar para aislamiento de <i>Gardnerella vaginalis</i> - Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras
Uretral	Dotación mínima de cinco agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar Thayer Martin - Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras - Agar Cromogénico para aislamiento de microorganismos de tracto urinario - Agar para la detección de enterococos resistente a vancomicina
Copro cultivos.	Dotación mínima de tres agares: - Agar Salmonella - Shigella - Agar MacConkey - Caldo Selenito
Líquidos corporales	Dotación mínima de cinco agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar MacConkey - Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras - Caldo BHI o Tioglicolato
Líquido seminal	Dotación mínima de cuatro agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar Thayer Martin - Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras
Mielocultivo	Dotación mínima de dos agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate
Hemocultivo	Dotación mínima de dos agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina



Muestra Biológica	Batería de Medios de Cultivo Recomendados
	- Agar Chocolate - Agar Cromogénico para aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i> - Agar Cromogénico para aislamiento de microorganismos de tracto urinario
Punta de catéter	Dotación mínima de un agar: - Agar Columbia con 5% sangre ovina
Toma de muestra	Medio de transporte para cultivos
Biopsias	Dotación mínima de cinco agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar MacConkey - Agar Cromogénico para aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i>
Anaerobios.	Dotación mínima de siete agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar Cromogénico para aislamiento de microorganismos de tracto urinario - Agar Columbia con 5% sangre ovina anaerobio con fenil etil alcohol Se considerarán los insumos para favorecer el crecimiento bacteriano en medios microaerófilos o de anaerobiosis por medio de entrega de bolsas individuales o jarras generadora de atmósfera libre de oxígeno.

+++++ Clave 40.07.002 Identificación bacteriana

Esta clave debe procesarse en sitio, se facturará por cada tarjeta o panel de identificación bacteriana, ya sea para microorganismos Gram positivos o Gram negativos. Deberá contemplar la dotación de las siguientes tinciones:

- Tinción de Gram
- Tinta china
- KOH
- Azul de lactofenol

Deberá entregar al inicio de la prestación y cada seis meses durante la vigencia del servicio la dotación de cepas control ATCC para Gram + y Gram - para el control de calidad interno. Con respecto a las Cepas ATCC, las Unidades Médicas que recibirán las Cepas serán aquellas señaladas en la tabla 1 (Unidades para dotar sensidiscos y Cepas ATCC). La Fecha de la primera entrega se definirá posterior al curso de capacitación previa y las entregas subsecuentes deberán ser conciliadas con el Jefe o Encargado del Servicio de Laboratorio Clínico, así como las CEPAS a estudiar.

∞ ∞ ∞ Clave 40.07.003 Sensibilidad bacteriana

Esta clave debe procesarse en sitio, se facturará por cada tarjeta o panel de sensibilidad bacteriana, ya sea para microorganismos Gram positivos o Gram negativos.

En las Unidades Médicas señaladas en la tabla 1 (Unidades para dotar sensidiscos y Cepas ATCC), deberá contemplar la dotación de un distribuidor plástico para la aplicación de 8 a 12 sensidiscos simultáneamente, así como la dotación de sensidiscos para:

- Carbapenemasas: Ertapenem, Meropenem, Imipenem, Ácido Fenilburónico, EDTA.
- BLEE: Cefotaxima, Ceftriaxona, Ceftazidima con Ácido Clavulánico, Cefotaxima con ácido Clavulánico.

Otros: Vancomicina y Trimetoprim-sulfametoxazol



Grupo 5 Examen General de Orina		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones
40.05.001	Examen general de orina	Debe procesarse en sitio. Los parámetros mínimos que se deben obtener del equipo son: Densidad específica, pH, urobilinógeno, proteínas, cuerpos cetónicos, hemoglobina, glucosa, bilirrubina, esterasa leucocitaria, nitritos.

Equipamiento para el grupo de Examen General de Orina

El equipamiento para el grupo de Examen General de Orina estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:

- Deberán contar con lector para código de barras.
- Software de operación en español.
- Puerto de comunicación para interfaz.
- Monitor Integrado o adicional.
- En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
- Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
- Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
- Deberá proporcionar un microscopio de campo claro con oculares 10X y objetivos 10X, 40X y 100X como mínimo para cada uno de los laboratorios que tengan equipo de uroanálisis asignado.
- En caso de que el equipo requiera que la muestra sea procesada desde un tubo, se deberá dotar de este insumo.
- Proporcionará una centrifugadora por cada equipo de química clínica instalado, con capacidad de acuerdo a productividad, tomando en cuenta la infraestructura de cada laboratorio.

Control de Calidad

- d. El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- e. Deberá incluir dotación de controles para el control de calidad interno mínimo a dos niveles y del control de calidad externo.
- f. Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los sueros control.

Insumos

- o Deberá considerar la dotación del reactivo para la tinción de sedimento urinario (Sternheimer-Malbin).

Grupo 6 Gases en Sangre		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones
40.06.001	Gases en sangre	Debe procesarse en sitio. Los parámetros mínimos para reportar son: pH, po2, pco2
40.06.002	Gases en sangre con analitos	Debe procesarse en sitio. Los parámetros mínimos para reportar son: pH, po2, pco2, Hematocrito, Glucosa, Lactato, Sodio, Potasio, Calcio Se consulta a la convocante si es posible ofertar un analizador que utiliza cartuchos separados para la determinación de gases en sangre (pH, po2, pco2, Lactato) y química clínica (Hematocrito, Glucosa, Sodio, Potasio, Calcio) con una duración de 2 minutos de procesamiento cada uno, lo que permitiría realizar 15 estudios por hora si se procesan todos los analitos, pero que tiene la capacidad de poderse medir por separado permitiendo hasta 30 estudios por hora.
40.06.003	Gases en sangre con co-oximetría	Debe procesarse en sitio. Los parámetros mínimos para reportar son: pH, po2, pco2, hco3, EB, hb, Metahemoglobina, Oxihemoglobina, Carboxihemoglobina.

Especificaciones

El estudio podrá realizarse en sangre arterial, venosa o capilar.

Equipamiento para el grupo de Gases en Sangre

- b) El equipamiento de Gases en Sangre, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:
 - o Para el caso de las Unidades Médicas monotemáticas en pediatría (Hospitales de Gineco-Pediatría, Hospitales de Pediatría y Hospital General de la Raza), se deberá contemplar mínimo uno de los gasómetros de su equipamiento que permita la toma de muestra con capilar heparinizado. Deberán dotar los bienes de consumo idóneos para el proceso de la gasometría con tubo capilar.



- En caso de instalar equipos con parámetros calculados adicionales a los mínimos especificados, se deberán realizar y reportar sin costo adicional para el Instituto.
- Para las Unidades médicas con requerimiento de estas pruebas y que no se contemple la asignación de equipo para el grupo de Gases en Sangre, se podrá instalar el equipo o procesar los estudios en el equipo tipo 1 Analizador Clínico portátil de Sangre asignado en el equipamiento del grupo de estudios de Química Clínica.
- Deberán contar con lector para código de barras.
- Software de operación en español.
- Puerto de comunicación para interfaz.
- Monitor Integrado o adicional.
- En caso de requerir papel impresor, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
- Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
- Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- Deberá incluir la dotación de controles para el control de calidad interno y del control de calidad externo mínimo a dos niveles, deberá incluir cuando menos uno de: acidosis, alcalosis o normal.
- Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los controles.

Grupo 7 Microbiología																																																			
Estudios Incluidos:																																																			
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios																																																	
40.07.001	Cultivo (sólo aislamiento)	*****																																																	
40.07.002	Identificación bacteriana	+++++																																																	
40.07.003	Sensibilidad bacteriana	oo oo oo																																																	
40.07.004	Frasco de Hemocultivo	Debe procesarse en sitio. Para la clave 40.07.004 el caso de los hemocultivos, las presentaciones específicas de tubos o frascos aerobios serán diferentes para pacientes pediátricos y adultos; en el caso de anaerobios y hongos, será indistinto su uso para todo tipo de paciente. El pago será efectuado por frasco individual, independientemente de la cantidad de frascos que sean utilizados por paciente.																																																	
40.07.005	Detección de antígenos bacterianos en líquidos corporales	Se deberá realizar el proceso en sitio para las siguientes unidades: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>58</td><td>4X</td><td>UMAE HGRAL CMN La Raza</td><td>HINF CMN La Raza</td></tr> <tr> <td>35</td><td>40</td><td>Ciudad de México Sur</td><td>HGR 2 Villa Coapa</td></tr> <tr> <td>19</td><td>20</td><td>Nuevo León</td><td>HGZ 33 Félix U. Gómez</td></tr> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>Puebla</td><td>HGZ 20 La Margarita</td></tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td>Tlaxcala</td><td>HGZ 1 Tlaxcala</td></tr> <tr> <td>26</td><td>27</td><td>Sonora</td><td>HGR 1 Cd. Obregón</td></tr> <tr> <td>31</td><td>32</td><td>Veracruz Sur</td><td>HGR Orizaba</td></tr> <tr> <td>37</td><td>4B</td><td>UMAE HE CMN Siglo XXI</td><td>HES CMN Siglo XXI</td></tr> <tr> <td>44</td><td>4I</td><td>UMAE HE 14 CMN Veracruz</td><td>HES 14 Veracruz</td></tr> <tr> <td>54</td><td>4S</td><td>UMAE HP CMN Siglo XXI</td><td>HP CMN Siglo XXI</td></tr> <tr> <td>40</td><td>4E</td><td>UMAE HE 71 Torreón</td><td>HES 71 Torreón</td></tr> </tbody> </table> Para el resto de las Unidades Médicas, se puede procesar en CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.		Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	58	4X	UMAE HGRAL CMN La Raza	HINF CMN La Raza	35	40	Ciudad de México Sur	HGR 2 Villa Coapa	19	20	Nuevo León	HGZ 33 Félix U. Gómez	21	22	Puebla	HGZ 20 La Margarita	29	30	Tlaxcala	HGZ 1 Tlaxcala	26	27	Sonora	HGR 1 Cd. Obregón	31	32	Veracruz Sur	HGR Orizaba	37	4B	UMAE HE CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI	44	4I	UMAE HE 14 CMN Veracruz	HES 14 Veracruz	54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI	40	4E	UMAE HE 71 Torreón	HES 71 Torreón
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD																																																
58	4X	UMAE HGRAL CMN La Raza	HINF CMN La Raza																																																
35	40	Ciudad de México Sur	HGR 2 Villa Coapa																																																
19	20	Nuevo León	HGZ 33 Félix U. Gómez																																																
21	22	Puebla	HGZ 20 La Margarita																																																
29	30	Tlaxcala	HGZ 1 Tlaxcala																																																
26	27	Sonora	HGR 1 Cd. Obregón																																																
31	32	Veracruz Sur	HGR Orizaba																																																
37	4B	UMAE HE CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI																																																
44	4I	UMAE HE 14 CMN Veracruz	HES 14 Veracruz																																																
54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI																																																
40	4E	UMAE HE 71 Torreón	HES 71 Torreón																																																
40.07.006	Identificación microbiológica por espectrometría de masas	Debe procesarse en sitio, se deberá contemplar la dotación de los reactivos para poder procesar bacterias, hongos, y para el Hospital de Infectología CMN La Raza, además se debe contemplar reactivo para identificación de Mycobacterium/Nocardia																																																	
40.07.007	Cultivo de Mycoplasma pneumoniae	Envío a Laboratorio de Referencia.																																																	
40.07.008	Cultivo de Mycoplasma y Ureaplasma genital	Envío a Laboratorio de Referencia.																																																	



40.07.009	Identificación de Levaduras	Debe procesarse en sitio.
40.07.010	Sensibilidad a Levaduras	Debe procesarse en sitio.

*****Clave 40.07.001 Cultivo (solo aislamiento)

Esta clave debe procesarse en sitio, se facturará por cada batería de medios de cultivo asignada para cada muestra biológica. Deberá contemplar la dotación de los medios de cultivo preparados idóneos (las cajas podrán contener 1, 2 o hasta 3 medios diferentes) en dotación suficiente para su uso para los laboratorios que tengan en su requerimiento la clave 40.07.001 de acuerdo con la tabla siguiente:

Muestra Biológica	Batería de Medios de Cultivo Recomendados
Exudado Faríngeo.	Dotación mínima de un agar: - Agar Columbia con 5% sangre ovina
Exudado Nasal.	Dotación mínima de dos agares: - Agar Chocolate - Agar Cromogénico para aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i>
Aspirado Bronquial.	Dotación mínima de cinco agares:
Secreciones Bronquiales.	- Agar Columbia con 5% sangre ovina
Lavado Bronquial.	- Agar Chocolate
Espujo.	- Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras
	- Agar Cromogénico para aislamiento de microorganismos de tracto urinario
	- Agar Cromogénico para aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i>
Secreciones.	Dotación mínima de cinco agares:
Herida quirúrgica.	- Agar Columbia con 5% sangre ovina
Empiomas.	- Agar Chocolate
Abscesos.	- Agar MacConkey
Úlceras.	- Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras
	- Agar Cromogénico para aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i>
Urocultivos.	Dotación mínima de cinco agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Cromogénico para aislamiento de microorganismos de tracto urinario
Vaginal	Dotación mínima de cuatro agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar Thayer Martin - Agar para aislamiento de <i>Gardnerella vaginalis</i> - Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras
Uretral	Dotación mínima de cinco agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar Thayer Martin - Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras - Agar Cromogénico para aislamiento de microorganismos de tracto urinario - Agar para la detección de enterococos resistente a vancomicina
Copro cultivos.	Dotación mínima de tres agares: - Agar Salmonella - Shigella - Agar MacConkey - Caldo Selenito
Líquidos corporales	Dotación mínima de cinco agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar MacConkey - Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras - Caldo BHI o Tioglicolato
Líquido seminal	Dotación mínima de cuatro agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar Thayer Martin - Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras
Mielocultivo	Dotación mínima de dos agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate
Hemocultivo	Dotación mínima de dos agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina



Muestra Biológica	Batería de Medios de Cultivo Recomendados
	- Agar Chocolate - Agar Cromogénico para aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i> - Agar Cromogénico para aislamiento de microorganismos de tracto urinario
Punta de catéter	Dotación mínima de un agar: - Agar Columbia con 5% sangre ovina
Toma de muestra	Medio de transporte para cultivos
Biopsias	Dotación mínima de cinco agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar MacConkey - Agar Cromogénico para aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i>
Anaerobios.	Dotación mínima de siete agares: - Agar Columbia con 5% sangre ovina - Agar Chocolate - Agar Cromogénico para aislamiento de microorganismos de tracto urinario - Agar Columbia con 5% sangre ovina anaerobio con fenil etil alcohol Se considerarán los insumos para favorecer el crecimiento bacteriano en medios microaerófilos o de anaerobiosis por medio de entrega de bolsas individuales o jarras generadora de atmósfera libre de oxígeno.

+++++ Clave 40.07.002 Identificación bacteriana

Esta clave debe procesarse en sitio, se facturará por cada tarjeta o panel de identificación bacteriana, ya sea para microorganismos Gram positivos o Gram negativos. Deberá contemplar la dotación de las siguientes tinciones:

- Tinción de Gram
- Tinta china
- KOH
- Azul de lactofenol

Deberá entregar al inicio de la prestación y cada seis meses durante la vigencia del servicio la dotación de cepas control ATCC para Gram + y Gram - para el control de calidad interno. Con respecto a las Cepas ATCC, las Unidades Médicas que recibirán las Cepas serán aquellas señaladas en la tabla 1 (Unidades para dotar sensidiscos y Cepas ATCC). La Fecha de la primera entrega se definirá posterior al curso de capacitación previa y las entregas subsecuentes deberán ser conciliadas con el Jefe o Encargado del Servicio de Laboratorio Clínico, así como las CEPAS a estudiar.

∞ ∞ ∞ Clave 40.07.003 Sensibilidad bacteriana

Esta clave debe procesarse en sitio, se facturará por cada tarjeta o panel de sensibilidad bacteriana, ya sea para microorganismos Gram positivos o Gram negativos.

En las Unidades Médicas señaladas en la tabla 1 (Unidades para dotar sensidiscos y Cepas ATCC), deberá contemplar la dotación de un distribuidor plástico para la aplicación de 8 a 12 sensidiscos simultáneamente, así como la dotación de sensidiscos para:

- Carbapenemasas: Ertapenem, Meropenem, Imipenem, Ácido Fenilburónico, EDTA.
- BLEE: Cefotaxima, Ceftriaxona, Ceftazidima con Ácido Clavulánico, Cefotaxima con ácido Clavulánico.

Otros: Vancomicina y Trimetoprim-sulfametoxazol



Equipamiento para el grupo de Microbiología

El equipamiento de Microbiología Tipo 1, 2 y 3, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:

- Software de operación en español.
- Puerto de comunicación para interfaz.
- Monitor Integrado o adicional.
- En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
- Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
- Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
- Proporcionará un microscopio por cada laboratorio que tenga requerimiento en el Grupo 7 Microbiología.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- Deberá inscribir a la totalidad de las Unidades Médicas con equipamiento asignado a un control de calidad externo.

Para el caso de los laboratorios clínicos que no les fue asignado equipamiento de microbiología se deberá dotar de un kit de pruebas bioquímicas para la identificación de bacterias, así como discos de antibióticos para la sensibilidad (antibióticos incluidos en el cuadro básico institucional) o sus equivalentes, y todos los insumos y accesorios necesarios para realizar estos estudios.

El equipamiento de Sistema Automatizado para Detección de Crecimiento Microbiano, Tipo 1, 2, 3 y 4, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:

- Software de operación en español.
- Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
- Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- Deberá inscribir a la totalidad de las Unidades Médicas con equipamiento asignado a un control de calidad externo.

Para las Unidades que no les fue asignado Sistema Automatizado para Detección de Crecimiento Microbiano, se deberá de dotar de los frascos de hemocultivo.

Grupo 8 Inmunología															
Estudios incluidos:															
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios													
40.08.001	Complemento C3	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.													
40.08.002	Complemento C4	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.													
40.08.003	Inmunoglobulina A (IgA)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.													
40.08.004	Inmunoglobulina G (IgG)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.													
40.08.005	Inmunoglobulina M (IgM)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.													
40.08.006	Factor reumatoide	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.													
40.08.007	Proteína C Reactiva Ultrasensible, cuantitativa	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.													
40.08.008	Proteína C Reactiva, cuantitativa,	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.													
40.08.009	Anticuerpos contra Estreptolisina O	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia													
40.08.010	Cadenas ligeras libres kappa y lambda (freelite)	La clave 40.08.010 Cadenas ligeras libres kappa y lambda (freelite), se deberá realizar el proceso en sitio para las siguientes unidades: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>36</td><td>4A</td><td>UMAE HE CMN La Raza</td><td>HES CMN La Raza</td></tr> <tr> <td>39</td><td>4D</td><td>UMAE HE 25 Monterrey</td><td>HES 25 Monterrey</td></tr> </tbody> </table> Para el resto de las Unidades Médicas, se puede procesar en CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.		Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	36	4A	UMAE HE CMN La Raza	HES CMN La Raza	39	4D	UMAE HE 25 Monterrey	HES 25 Monterrey
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD												
36	4A	UMAE HE CMN La Raza	HES CMN La Raza												
39	4D	UMAE HE 25 Monterrey	HES 25 Monterrey												
40.08.011	Reacciones febriles	Deberá considerar la dotación de los reactivos con clave de cuadro básico 080.074.0367, 080.074.0375, 080.074.0383, 080.835.0573, 080.835.0581 y los que sean necesarios para para el diagnóstico serológico de Brucella abortus, Salmonella typhi (O y H), S. paratyphi A, S. paratyphi B y Rickettsiosis.													



Equipamiento para el grupo de Inmunología

El equipamiento de Inmunología, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:

- Capacidad de recibir muestras en tubo primario, copa o copilla.
- Deberán contar con lector para código de barras.
- Software de operación en español.
- Puerto de comunicación para interfaz.
- Monitor Integrado o adicional.
- En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
- Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
- Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
- Proporcionará una centrifugadora por cada equipo de inmunología instalado, con capacidad de acuerdo con productividad, tomando en cuenta la infraestructura de cada laboratorio.
- Podrán procesarse estos estudios en los equipos de otros grupos de estudio (por ejemplo química clínica o inmunología), en caso de procesarse estos estudios en los analizadores de otros grupos, no se deberá de contemplar en su instalación la centrifuga relacionada para el equipo de inmunología.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- Deberá incluir la dotación de sueros control, Líquidos y / o Liofilizados, para el control de calidad interno mínimo a dos niveles y los del control de calidad externo para los analitos que se monten en los respectivos equipos.
- Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los sueros control.

Se podrán procesar estos estudios en los equipos de otros grupos de estudios (como es el caso del Hormonas) con el fin de optimizar los espacios en las Unidades Médicas, en el entendido que los estudios deberán estar concluidos en la jornada de trabajo.

Grupo 9 Hormonas					
Estudios incluidos:					
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios			
40.09.001	Troponina I/T Semicuantitativa	Debe procesarse en sitio.			
40.09.002	Péptido Natriurético B (BNP) Semicuantitativo	Debe procesarse en sitio.			
40.09.003	Mioglobina, semicuantitativa en sangre total	Debe procesarse en sitio.			
40.09.004	Procalcitonina Semicuantitativa	Debe procesarse en sitio.			
40.09.005	Propéptido Natriurético Cerebral N-terminal, NT-proBNP	La clave 40.09.005 Propéptido Natriurético Cerebral N-terminal, NT-proBNP, se deberá realizar el proceso en sitio para las siguientes unidades:			
		Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD
		44	4I	UMAE HE 14 CMN Veracruz	HES 14 Veracruz
		56	4U	UMAE HC CMN Siglo XXI	HC CMN Siglo XXI
		57	4V	UMAE HC 34 CMN Monterrey	HC 34 Monterrey
		58	4X	UMAE HG CMN La Raza	HG CMN La Raza
		Para el resto de las Unidades Médicas, se puede procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia.			
40.09.006	Cistatina C	Para los OOAD de Jalisco, Quintana Roo, Yucatán, Ciudad de México Norte y Sur, se deberá procesar en los siguientes CRAP:			
		Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD
		13	14	Jalisco	HGR 46 Guadalajara
		23	24	Quintana Roo	HGR 17 Cancún
		32	33	Yucatán	HGR 12 Mérida
		34	39	Ciudad de México Norte	HGZ 48 San Pedro Xalpa
		35	40	Ciudad de México Sur	HGR 1 Carlos Mc Gregor





		Para las siguientes UMAE, se deberá procesar en sitio: <table><tr><th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr><tr><td>36</td><td>4A</td><td>UMAE HES CMN La Raza</td><td>HES CMN La Raza</td></tr><tr><td>39</td><td>4D</td><td>UMAE HES Monterrey</td><td>HES 25 Monterrey</td></tr><tr><td>54</td><td>4S</td><td>UMAE HP CMN Siglo XXI</td><td>HP CMN Siglo XXI</td></tr><tr><td>58</td><td>4X</td><td>UMAE HG CMN La Raza</td><td>HG CMN La Raza</td></tr></table> Para el resto de las Unidades Médicas, se puede procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia.	Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	36	4A	UMAE HES CMN La Raza	HES CMN La Raza	39	4D	UMAE HES Monterrey	HES 25 Monterrey	54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI	58	4X	UMAE HG CMN La Raza	HG CMN La Raza																								
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD																																											
36	4A	UMAE HES CMN La Raza	HES CMN La Raza																																											
39	4D	UMAE HES Monterrey	HES 25 Monterrey																																											
54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI																																											
58	4X	UMAE HG CMN La Raza	HG CMN La Raza																																											
40.09.007	Factor de crecimiento similar a la Insulina tipo 1 (IGF-1)	Para las siguientes UMAE, se deberá procesar en sitio: <table><tr><th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr><tr><td>36</td><td>4A</td><td>UMAE HES CMN La Raza</td><td>HES CMN La Raza</td></tr><tr><td>37</td><td>4B</td><td>UMAE HES CMN Siglo XXI</td><td>HES CMN Siglo XXI</td></tr><tr><td>38</td><td>4C</td><td>UMAE HES CMN Occidente</td><td>HES CMN Occidente</td></tr><tr><td>39</td><td>4D</td><td>UMAE HES Monterrey</td><td>HES 25 Monterrey</td></tr><tr><td>41</td><td>4F</td><td>UMAE HES CMN Puebla</td><td>HES CMN Puebla</td></tr><tr><td>44</td><td>4I</td><td>UMAE HE 14 Veracruz</td><td>UMAE HE 14 Veracruz</td></tr><tr><td>45</td><td>4J</td><td>UMAE HES 1 Mérida</td><td>HES CMN Mérida</td></tr><tr><td>54</td><td>4S</td><td>UMAE HP CMN Siglo XXI</td><td>HP CMN Siglo XXI</td></tr><tr><td>55</td><td>4T</td><td>UMAE HP CMN Occidente</td><td>HP CMN Occidente</td></tr><tr><td>58</td><td>4X</td><td>UMAE HG CMN La Raza</td><td>HG CMN La Raza</td></tr></table> Para el resto de las Unidades Médicas, se puede procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia.	Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	36	4A	UMAE HES CMN La Raza	HES CMN La Raza	37	4B	UMAE HES CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI	38	4C	UMAE HES CMN Occidente	HES CMN Occidente	39	4D	UMAE HES Monterrey	HES 25 Monterrey	41	4F	UMAE HES CMN Puebla	HES CMN Puebla	44	4I	UMAE HE 14 Veracruz	UMAE HE 14 Veracruz	45	4J	UMAE HES 1 Mérida	HES CMN Mérida	54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI	55	4T	UMAE HP CMN Occidente	HP CMN Occidente	58	4X	UMAE HG CMN La Raza	HG CMN La Raza
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD																																											
36	4A	UMAE HES CMN La Raza	HES CMN La Raza																																											
37	4B	UMAE HES CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI																																											
38	4C	UMAE HES CMN Occidente	HES CMN Occidente																																											
39	4D	UMAE HES Monterrey	HES 25 Monterrey																																											
41	4F	UMAE HES CMN Puebla	HES CMN Puebla																																											
44	4I	UMAE HE 14 Veracruz	UMAE HE 14 Veracruz																																											
45	4J	UMAE HES 1 Mérida	HES CMN Mérida																																											
54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI																																											
55	4T	UMAE HP CMN Occidente	HP CMN Occidente																																											
58	4X	UMAE HG CMN La Raza	HG CMN La Raza																																											
40.09.008	Somatropina, Hormona del crecimiento (GH)	Para las siguientes UMAE, se deberá procesar en sitio: <table><tr><th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr><tr><td>36</td><td>4A</td><td>UMAE HES CMN La Raza</td><td>HES CMN La Raza</td></tr><tr><td>37</td><td>4B</td><td>UMAE HES CMN Siglo XXI</td><td>HES CMN Siglo XXI</td></tr><tr><td>38</td><td>4C</td><td>UMAE HES CMN Occidente</td><td>HES CMN Occidente</td></tr><tr><td>39</td><td>4D</td><td>UMAE HES Monterrey</td><td>HES 25 Monterrey</td></tr><tr><td>41</td><td>4F</td><td>UMAE HES CMN Puebla</td><td>HES CMN Puebla</td></tr><tr><td>44</td><td>4I</td><td>UMAE HE 14 Veracruz</td><td>UMAE HE 14 Veracruz</td></tr><tr><td>45</td><td>4J</td><td>UMAE HES 1 Mérida</td><td>HES CMN Mérida</td></tr><tr><td>54</td><td>4S</td><td>UMAE HP CMN Siglo XXI</td><td>HP CMN Siglo XXI</td></tr><tr><td>55</td><td>4T</td><td>UMAE HP CMN Occidente</td><td>HP CMN Occidente</td></tr><tr><td>58</td><td>4X</td><td>UMAE HG CMN La Raza</td><td>HG CMN La Raza</td></tr></table> Para el resto de las Unidades Médicas, se puede procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia.	Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	36	4A	UMAE HES CMN La Raza	HES CMN La Raza	37	4B	UMAE HES CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI	38	4C	UMAE HES CMN Occidente	HES CMN Occidente	39	4D	UMAE HES Monterrey	HES 25 Monterrey	41	4F	UMAE HES CMN Puebla	HES CMN Puebla	44	4I	UMAE HE 14 Veracruz	UMAE HE 14 Veracruz	45	4J	UMAE HES 1 Mérida	HES CMN Mérida	54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI	55	4T	UMAE HP CMN Occidente	HP CMN Occidente	58	4X	UMAE HG CMN La Raza	HG CMN La Raza
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD																																											
36	4A	UMAE HES CMN La Raza	HES CMN La Raza																																											
37	4B	UMAE HES CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI																																											
38	4C	UMAE HES CMN Occidente	HES CMN Occidente																																											
39	4D	UMAE HES Monterrey	HES 25 Monterrey																																											
41	4F	UMAE HES CMN Puebla	HES CMN Puebla																																											
44	4I	UMAE HE 14 Veracruz	UMAE HE 14 Veracruz																																											
45	4J	UMAE HES 1 Mérida	HES CMN Mérida																																											
54	4S	UMAE HP CMN Siglo XXI	HP CMN Siglo XXI																																											
55	4T	UMAE HP CMN Occidente	HP CMN Occidente																																											
58	4X	UMAE HG CMN La Raza	HG CMN La Raza																																											
40.09.009	Tirotropina, Hormona Estimulante de la Tiroides (TSH)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.																																												
40.09.010	Triyodotironina (T3) Libre	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.																																												
40.09.011	Triyodotironina (T3) Total	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.																																												
40.09.013	Tiroxina (T4) Libre	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.																																												



40.09.014	Tiroxina (T4) Total	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.09.015	Tiroglobulina	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.09.016	Paratrina, Paratohormona (PTH)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.09.017	Proteína relacionada con la Paratohormona	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.09.018	Corticotropina, Hormona Adrenocorticotropina (ACTH)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.09.019	Cortisol	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.09.020	Cortisol en orina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.09.021	17-Hidroxiprogesterona	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.09.022	17-Cetoesteroides	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.09.023	Aldosterona	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.09.024	Prolactina	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.09.025	Folítropina, Hormona Estimulante del Foliculo (FSH)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.09.026	Lutropina, Hormona Luteinizante (LH)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.09.027	Progesterona	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.09.028	Estrógenos	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.09.029	Estradiol (E2)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.09.030	Estriol libre (uE3)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.09.031	Prueba Rápida de Embarazo	Debe procesarse en sitio.
40.09.032	Fracción beta de la H. Gonadotropina Coriónica, cuantitativa	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.09.033	Testosterona Total	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.09.034	Testosterona Libre	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.09.035	Androstenediona	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.09.036	Dehidroepiandrosterona (DHEA)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.09.037	Globulina Fijadora de Hormonas Sexuales (SHGB)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.09.038	Gastrina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.09.039	Insulina	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.09.040	Péptido C	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.09.041	Apolipoproteína A-I	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.09.042	Apolipoproteína B	Envío a Laboratorio de Referencia.



40.09.043	Factor de Crecimiento Vascular Endotelial	Envío a Laboratorio de Referencia.												
40.09.044	Inhibina A	Envío a Laboratorio de Referencia.												
40.09.045	Proteína A Plasmática Asociada al Embarazo (PPAP-A)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 450 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.												
40.09.046	Factor de Crecimiento Placentario	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 200 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.												
40.09.047	FMS soluble similar a la Tirosina kinasa tipo 1 (sFlt-1)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 200 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.												
40.09.048	Colecalciferol (vitamina D3)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 300 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.												
40.09.049	Cobalamina (vitamina B12)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 300 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.												
40.09.050	Folatos	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 300 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.												
40.09.051	1, 25 Dihidroxivitamina D (Vitamina D2)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 300 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.												
40.09.052	Parathormona intacta	Para las siguientes UMAE, se deberá procesar en sitio: <table><tr><th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr><tr><td>36</td><td>4A</td><td>UMAE HES CMN La Raza</td><td>HES CMN La Raza</td></tr><tr><td>37</td><td>4B</td><td>UMAE HES CMN Siglo XXI</td><td>HES CMN Siglo XXI</td></tr></table> Para el resto de las Unidades Médicas, se deberá enviar a Laboratorio de Referencia.	Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	36	4A	UMAE HES CMN La Raza	HES CMN La Raza	37	4B	UMAE HES CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD											
36	4A	UMAE HES CMN La Raza	HES CMN La Raza											
37	4B	UMAE HES CMN Siglo XXI	HES CMN Siglo XXI											
40.09.053	Fracción BETA LIBRE H. Gonadotropina Coriónica, cuantitativa	Envío a Laboratorio de Referencia.												
40.09.054	Troponina I/T Cuantitativa	Debe procesarse en sitio.												
40.09.055	Troponina Ultrasensible	Debe procesarse en sitio.												
40.09.056	Péptido Natriurético B (BNP) Cuantitativo	Debe procesarse en sitio.												
40.09.057	Procalcitonina Cuantitativa	Debe procesarse en sitio.												

Equipamiento para el grupo de Hormonas

- a) El equipo para Inmunoensayo, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:
- o Capacidad de recibir muestras en tubo primario, copa o copilla.
 - o Se podrán instalar equipos en modular con el fin de optimizar los espacios en las Unidades Médicas, esto es, instalar un equipo que pueda procesar estudios de química clínica y hormonas en una misma plataforma (inmunoquímica).
 - o Deberán contar con lector para código de barras.
 - o Software de operación en español.
 - o Puerto de comunicación para interfaz.
 - o Monitor Integrado o adicional.
 - o En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
 - o Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
 - o Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
 - o El licitante adjudicado proporcionará una centrifugadora con capacidad de acuerdo a productividad de cada laboratorio que cuente con equipo para Inmunoensayo, tomando en cuenta la infraestructura de cada laboratorio.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- Deberá incluir la entrega de sueros control para el control de calidad interno mínimo a dos niveles líquido o liofilizado; y control de calidad externo.



- Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los controles.

- b) El equipo Analizador de Marcadores Cardíacos, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:
- Equipo para realizar la determinación de los siguientes estudios
 - 40.09.001 Troponina I/T Semicuantitativa
 - 40.09.002 Péptido Natriurético B (BNP) Semicuantitativo
 - 40.09.003 Mioglobina, semicuantitativa en sangre total
 - 40.09.004 Procalcitonina Semicuantitativa
 - Contar con algún medio de comunicación para interfaz
 - En caso de requerir papel impresor, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
 - En caso de que la unidad tenga asignado un equipo Analizador Clínico portátil de Sangre tipo 1, en el equipamiento del grupo de estudios de Química Clínica, podrán realizar los estudios en este equipo sin la necesidad de instalar el equipo Analizador de Marcadores Cardíacos.
 - En caso de ofertar un Analizador de Marcadores Cardíacos que no realice los 4 estudios estipulados (Troponina, BNP, Mioglobina y Procalcitonina), se podrán realizar por medio de pruebas rápidas (POC) semicuantitativas.
 - Las Unidades sin equipo asignado pueden procesar el estudio por medio de prueba rápida (POC) semicuantitativa.
 - Las Unidades con requerimiento de la clave 40.01.025 CPK, fracción MB masa (CPK-MBm), podrán procesar esta prueba en este equipo.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad electrónico integrado.

Grupo 10 Marcadores Tumorales											
Estudios incluidos:											
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios									
40.10.001	Antígeno CA 15-3	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.									
40.10.002	Cyfra 21.1	Envío a Laboratorio de Referencia.									
40.10.003	Antígeno CA 19-9	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.									
40.10.004	Antígeno Carcinoembrionario (CEA)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.									
40.10.005	Alfa 1 Feto Proteína (AFP)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.									
40.10.006	Antígeno CA 125	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.									
40.10.007	Antígeno Prostático Específico Total	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.									
40.10.008	Antígeno Prostático Específico Libre	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.									
40.10.009	Fosfatasa Ácida	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.									
40.10.010	Calcitonina	Para las siguientes UMAE, se deberá procesar en sitio: <table><tr><th>Partida</th><th>Clave OOAD</th><th>OOAD/UMAE</th><th>UNIDAD</th></tr><tr><td>58</td><td>4Y</td><td>UMAE HONCO CMN Siglo XXI</td><td>HONCO CMN Siglo XXI</td></tr></table> Para el resto de las Unidades Médicas, se deberá enviar a Laboratorio de Referencia.		Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD	58	4Y	UMAE HONCO CMN Siglo XXI	HONCO CMN Siglo XXI
Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD								
58	4Y	UMAE HONCO CMN Siglo XXI	HONCO CMN Siglo XXI								
40.10.011	Beta 2 Microglobulina	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.									
40.10.012	Osteocalcina	Envío a Laboratorio de Referencia.									
40.10.013	Enolasa Neuronal Específica (NSE)	Envío a Laboratorio de Referencia.									
40.10.014	Ácido 5 Hidroxindolacético (5HIAA)	Envío a Laboratorio de Referencia.									



40.10.015	Cromogranina A	Para las siguientes UMAE, se deberá procesar en sitio:			
		Partida	Clave OOAD	OOAD/UMAE	UNIDAD
		58	4Y	UMAE HONCO CMN Siglo XXI	HONCO CMN Siglo XXI

Para el resto de las Unidades Médicas, se deberá enviar a Laboratorio de Referencia.

Equipamiento para el grupo de Marcadores Tumorales

El proceso de estos estudios se realizará en los equipos para Inmunoensayo, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC".

Control de Calidad

- Deberá incluir la entrega de sueros control para el control de calidad interno mínimo a dos niveles líquido o liofilizado; y control de calidad externo.
- Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los controles.

Grupo 11 Autoinmunidad		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios
40.11.001	Anticuerpos (IgG) contra Cardiolipina	***
40.11.002	Anticuerpos (IgM) contra Cardiolipina	***
40.11.003	Anticuerpos anti Nucleares (ANA)	***
40.11.004	Anticuerpos contra Músculo Liso	***
40.11.005	Anticuerpos contra Nucleosoma	***
40.11.006	Anticuerpos contra Ribonucleoproteína	***
40.11.007	Anticuerpos contra Ro (SS-A)	***
40.11.008	Anticuerpos contra La (SS-B)	***
40.11.009	Anticuerpos contra SCL-70 (Anti-topoisomerasa 1)	***
40.11.010	Anticuerpos contra Insulina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.011	Anticuerpos contra Histidil-ARnt Sintetasa (Jo-1)	***
40.11.012	Anticuerpos contra Hígado, Riñón y Microsomal (LKM-1)	***
40.11.013	Anticuerpos contra Histona	***
40.11.014	Anticuerpos contra Smith	***
40.11.015	Anticuerpos contra Mitocondria	***
40.11.016	Anticuerpos contra Centrómero	***
40.11.017	Anticuerpos contra ADN doble cadena (dsADN)	***
40.11.018	Anticuerpos contra Péptido Cíclico Citrulinado	***
40.11.019	Anticuerpos contra Citoplasma de Neutrófilo (ANCA), IFI	***
40.11.020	Anticuerpos contra Proteinasa 3 (c-ANCA)	***
40.11.021	Anticuerpos contra Mieloperoxidasa (p-ANCA)	***
40.11.022	Antígeno 27 del HLA I grupo B (HLA-B27)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.023	Anticuerpos contra Tiroglobulina	***
40.11.024	Anticuerpos contra Tiroperoxidasa	***
40.11.025	Anticuerpos contra Receptor de Tirotropina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.026	Anticuerpos (IgG) contra Actina	Envío a Laboratorio de Referencia.



40.11.027	Anticuerpos contra Proteína básica de Mielina en LCR	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.028	Anticuerpos contra Acetilcolina, bloqueadores de receptor	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.029	Anticuerpos contra Acetilcolina, fijadores de receptor	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.030	Anticuerpos contra Acetilcolina, moduladores de receptor	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.031	Anticuerpos contra Tirosina Quinasa Muscular (Musk)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.032	Anticuerpos contra Gangliósido	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.033	Anticuerpos (IgA) contra Endomisio	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.034	Anticuerpos (IgA) contra Gliadina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.035	Anticuerpos (IgG) contra Gliadina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.036	Anticuerpos (IgA e IgG) contra Saccharomyces cerevisiae	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.037	Anticuerpos (IgA) contra Transglutaminasa tisular	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.038	Anticuerpos (IgG) contra Transglutaminasa tisular	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.039	Anticuerpos contra Islote Pancreático (ICA)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.040	Anticuerpos contra Tirosina Fosfatasa (IA-2)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.041	Anticuerpos contra Aquaporina 4 (NMO)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.042	Anticuerpos (IgA) contra Fosfatidil Colina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.043	Anticuerpos (IgG) contra Fosfatidil Colina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.044	Anticuerpos (IgM) contra Fosfatidil Colina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.045	Anticuerpos (IgA) contra Fosfatidil Serina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.046	Anticuerpos (IgG) contra Fosfatidil Serina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.047	Anticuerpos (IgM) contra Fosfatidil Serina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.048	Anticuerpos contra Plaquetas	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.049	Anticuerpos contra Hu (ANNA1)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.050	Anticuerpos contra Yo (PCA-1)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.051	Anticuerpos contra Ri (ANNA2)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.052	Anticuerpos (IgG) contra Espermatozoide	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.053	Anticuerpos contra células parietales	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.11.054	Anticuerpos contra factor intrínseco	Envío a Laboratorio de Referencia.

***Para los OOAD y UMAE, estas claves de estudio deberán ser procesadas en el CRAP o UMAE que tenga equipo asignado cuando la suma del requerimiento máximo del OOAD por cada clave de estudio sea igual o mayor a 400 estudios por año. Para el caso de los estudios con requerimiento global anual menor a 400 estudios por año, el proveedor podrá considerar el proceso in situ o el envío a un Laboratorio de Referencia. Los OOAD y UMAE, sin equipamiento asignado, los estudios se deberán enviar a un Laboratorio de Referencia.

Equipamiento para el grupo de Autoinmunidad

- a) El equipo para Autoinmunidad, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:
 - o Capacidad de recibir muestras en tubo primario, copa o copilla.
 - o Deberán contar con lector para código de barras.
 - o Software de operación en español.
 - o Puerto de comunicación para interfaz.
 - o Monitor Integrado o adicional.
 - o En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
 - o Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
 - o Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
 - o El licitante adjudicado proporcionará una centrifugadora con capacidad de acuerdo con productividad de cada laboratorio que cuente con equipo para Inmunoensayo, tomando en cuenta la infraestructura de cada laboratorio.





Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
 - Deberá incluir la entrega de sueros control para el control de calidad interno y control de calidad externo
 - Deberá incluir cuando menos una corrida de controles los días de proceso.
- b) El Microscopio de Fluorescencia, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:
- Contar un equipo para teñir las muestras para las UMAE con microscopio asignado.
 - Dotar de una cámara digital adaptable al microscopio, para toma de fotografías.
 - Un sistema de adquisición de imágenes digital para exportarse a base de datos y el sistema de Información del Laboratorio.

Grupo 12 Serología		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios
40.12.001	Anticuerpos (IgA e IgG) contra Virus Influenza A	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.002	Anticuerpos (IgM) contra Virus Influenza A	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.003	Anticuerpos (IgG) contra Virus Influenza B	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.004	Anticuerpos (IgM) contra Virus Influenza B	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.005	Anticuerpos (IgG) contra Adenovirus	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.006	Anticuerpos (IgM) contra Adenovirus	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.007	Anticuerpos (IgG) contra Citomegalovirus	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.008	Anticuerpos (IgM) contra Citomegalovirus	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.009	Anticuerpos (IgG) contra Antígeno Temprano (EA) de Epstein Barr	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.010	Anticuerpos contra Antígeno Nuclear de Epstein Barr	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.011	Anticuerpos (IgG) contra cápside (VCA) de Epstein Barr	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.012	Anticuerpos (IgM) contra cápside (VCA) de Epstein Barr	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.013	Anticuerpos (IgG) contra Herpes virus 1 y 2	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.014	Anticuerpos (IgM) contra Herpes virus 1 y 2	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.015	Anticuerpos (IgM) contra Virus de la Hepatitis A	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.016	Antígeno de superficie del Virus de Hepatitis B (HBsAg)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.017	Anticuerpos contra Antígeno de superficie del Virus de Hepatitis B (anti-HBs)	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.018	Anticuerpos Totales contra core del Virus de Hepatitis B (anti-HBc)	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.019	Anticuerpos (IgM) contra core del Virus de Hepatitis B (anti-HBc)	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.020	Antígeno "e" del Virus de Hepatitis B (HBeAg)	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.021	Anticuerpos contra Antígeno "e" del Virus de Hepatitis B (anti-HBe)	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.022	Anticuerpos Totales contra VHC (Anti-VHC)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.023	Antígeno Core del VHC (VHC-Agc)	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.024	Anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis D (VHD)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.025	Anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis E (VHE)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.026	Anticuerpos contra VIH 1 y 2	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.



40.12.027	Identificación de antígenos de VIH-1 (Western blot)	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.028	Anticuerpos (IgM) contra Chlamydia trachomatis	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.029	Antígeno de Chlamydia trachomatis	Prueba Rápida, debe procesarse en sitio.
40.12.030	Anticuerpos (IgG) contra Virus Varicela Zóster	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.031	Anticuerpos (IgM) contra Virus Varicela Zóster	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.032	Anticuerpos (IgG) contra Rubéola	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.033	Anticuerpos (IgM) contra Rubéola	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.034	Anticuerpos (IgG) contra Virus de la Parotiditis	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.035	Anticuerpos (IgM) contra Virus de la Parotiditis	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.036	Anticuerpos (IgG) contra Virus del Sarampión	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.037	Anticuerpos (IgM) contra Virus del Sarampión	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.038	Anticuerpos contra Borrelia burgdorferi	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.039	Anticuerpos (IgG) contra Toxoplasma gondii	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.040	Anticuerpos (IgM) contra Toxoplasma gondii	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.041	Anticuerpos (IgM) contra Toxocara canis	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.042	2-mercapto-etanol (Confirmatoria Brucella spp)	Debe procesarse en sitio.
40.12.043	Anticuerpos (IgG) contra Trypanosoma cruzi	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.044	Anticuerpos (IgG) contra Virus Dengue	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.045	Anticuerpos (IgM) contra Virus Dengue	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.046	Antígeno NS1 Virus Dengue	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.047	Anticuerpos (IgG) contra Chlamydia pneumoniae	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.048	Anticuerpos (IgM) contra Chlamydia pneumoniae	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.049	Anticuerpos (IgG) contra Mycoplasma pneumoniae	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.050	Anticuerpos (IgM) contra Mycoplasma pneumoniae	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.051	Anticuerpos (IgA) contra Bordetella pertussis	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.052	Anticuerpos (IgG) contra Bordetella pertussis	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.053	Anticuerpos (IgM) contra Bordetella pertussis	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.054	Anticuerpos (IgG) contra Virus Sincitial Respiratorio	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.055	Anticuerpos (IgM) contra Virus Sincitial Respiratorio	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.056	Anticuerpos contra Cisticerco	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.057	Anticuerpos contra Giardia	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.058	Anticuerpos (IgM) contra Helicobacter pylori	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.059	Antígeno de Pneumocystis jirovecii	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.060	Anticuerpos (IgG) contra Parvovirus B19	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.061	Anticuerpos (IgM) contra Parvovirus B19	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.062	Anticuerpos (IgG) contra Rotavirus	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.063	Anticuerpos (IgM) contra Rotavirus	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.064	Antígeno de Rotavirus en heces	Prueba rápida, debe procesarse en sitio.





40.12.065	Antígeno Helicobacter pylori en heces	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.066	Anticuerpos contra Streptococcus pneumoniae, panel con 14 serotipos	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.067	Glutamato Deshidrogenasa de Clostridium difficile	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.068	Toxinas A+B de Clostridium difficile	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.069	Anticuerpos (IgG) contra Coccidioides spp	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.070	Anticuerpos (IgM) contra Coccidioides spp	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.071	Galactomanano	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.072	Anticuerpos contra Reaginas (R.P.R./V.D.R.L.)	Debe procesarse en sitio.
40.12.073	Anticuerpos (IgG) contra Treponema pallidum	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.074	Anticuerpos (IgM) contra Treponema pallidum	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP.
40.12.075	Absorción de Anticuerpos Treponémicos Fluorescentes (FTA ABS)	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.076	Anticuerpos (IgG) contra Aspergillus	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.077	Anticuerpos contra Bartonella	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.078	Anticuerpos contra Entamoeba	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.079	Anticuerpos contra Histoplasma capsulatum	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.080	Anticuerpos contra antígeno Aviario	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.081	Anticuerpos contra Cocksackievirus	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.082	Anticuerpos contra Rickettsias	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.083	Anticuerpos (IgG) contra Rickettsia typhi	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.084	Anticuerpos (IgM) contra Rickettsia typhi	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.12.085	Prueba rápida de Antígeno de SARS-CoV-2 (nCoV-19)	Debe procesarse en sitio.
40.12.086	Calprotectina fecal	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.

Equipamiento para el grupo de Serología

- a) El equipo para Inmunoensayo, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:
- Capacidad de recibir muestras en tubo primario, copa o copilla.
 - Deberán contar con lector para código de barras.
 - Software de operación en español.
 - Puerto de comunicación para interfaz.
 - Monitor Integrado o adicional.
 - En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
 - Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
 - Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
 - El licitante adjudicado proporcionará una centrifugadora con capacidad de acuerdo a productividad de cada laboratorio que cuente con equipo para Inmunoensayo, tomando en cuenta la infraestructura de cada laboratorio.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- Deberá incluir la entrega de sueros control para el control de calidad interno mínimo a dos niveles líquido o liofilizado; y control de calidad externo.
- Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los controles.

Se podrán NO instalar los equipos de Serología y procesar este grupo de estudios en los equipos de Inmunoensayo para el grupo de Hormonas, en el entendido que estos equipos deberán garantizar el rendimiento para concluir los estudios en la jornada de trabajo por día.

- b) El equipo para Inmunoblot, estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:
- Software de operación en español.
 - Puerto de comunicación para interfaz.
 - En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.





- Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
- Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
- Pipeta automatizada de volumen variable en caso de ofertar un equipo semiautomatizado.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.

Las UMAE que no tiene equipo asignado para Inmunoblot, se deberá enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.

Se podrán procesar estos estudios en los equipos de otros grupos de estudios (como es el caso del Hormonas) con el fin de optimizar los espacios en las Unidades Médicas, en el entendido que los estudios deberán estar concluidos en la jornada de trabajo.

Grupo 13 Fármacos		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios
40.13.001	Sirolimus	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 250 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.13.002	Tacrolimus	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 250 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.13.003	Ciclosporina	Debe procesarse en sitio o envío a CRAP. Los OOAD y UMAE cuyo requerimiento del total de las Unidades Médicas que conformen la partida sea igual o menor a 250 estudios máximos por año podrán enviar el estudio a Laboratorio de Referencia.
40.13.004	Ácido Micofenólico	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.13.005	Metotrexate	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.13.006	Ácido valproico (Valproato)	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.13.007	Difenilhidantoína	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.13.008	Fenobarbital	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.13.009	Carbamacepina	Debe procesarse en sitio, envío a CRAP o envío a Laboratorio de Referencia.
40.13.010	Digoxina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.13.011	Drogas de abuso, cinco analitos	Debe procesarse en sitio, deberá ser una prueba rápida para la detección cualitativa de: - Anfetaminas o Metanfetaminas - Barbitúricos o Benzodicepinas, - Cocaína - Marihuana y - Opioides.
40.13.012	Litio	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.13.013	Teofilina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.13.014	Vancomicina	Envío a Laboratorio de Referencia.
40.13.015	Busulfán	Envío a Laboratorio de Referencia.

Deberá incluir la entrega de sueros control para el Control de Calidad Interno mínimo a dos niveles; y Control de Calidad Externo.

Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los controles.

Se podrán procesar estos estudios en los equipos de otros grupos de estudios (como es el caso del Equipo de Química Clínica u Hormonas) con el fin de optimizar los espacios en las Unidades Médicas, en el entendido que los estudios deberán estar concluidos en la jornada de trabajo.

Grupo 14 Hemoglobina Glucosilada		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios
40.14.001	Hemoglobina A1c	Debe procesarse en sitio



Equipamiento para el grupo de Hemoglobina Glucosilada

El equipo estipulado en el Anexo T3 "Equipamiento del SMI de ELC", deberá contar con los siguientes requisitos:

- Deberán contar con lector para código de barras.
- Software de operación en español.
- Puerto de comunicación para interfaz.
- Monitor Integrado o adicional.
- En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
- Regulador de voltaje y batería de respaldo con duración mínima de treinta minutos.
- Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
- Las Unidades que no cuenten con equipo de Hemoglobina Glucosilada asignado, deberán realizar el proceso en el equipo asignado a química clínica. EL licitante adjudicado podrá procesar este estudio en los equipos de otros grupos de estudios (como es el caso del Equipo de Química Clínica u Hormonas) con el fin de optimizar los espacios en las Unidades Médicas, en el entendido que los estudios deberán estar concluidos en la jornada de trabajo y además deberá contemplar los insumos que se requieren para realizar este proceso en los otro equipos.

Control de Calidad

- El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
- Deberá incluir la entrega de sueros control para el control de calidad interno mínimo a dos niveles líquido o liofilizado; y control de calidad externo.
- Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los controles.

Grupo 15 Citometría de Flujo		
Estudios incluidos:		
Clave	Nombre del Estudio	Especificaciones de los estudios
40.15.001	Linfocitos T CD4+	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP en los OOAD con Citómetro de Flujo Tipo 2 signado. Los OOAD / UMAE que no cuenten con equipo asignado, podrá montarse en el Citómetro de Flujo Tipo 1 o enviarse a Laboratorio de Referencia.
40.15.002	Linfocitos T CD8+	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP en los OOAD con Citómetro de Flujo Tipo 2 signado. Los OOAD / UMAE que no cuenten con equipo asignado, podrá montarse en el Citómetro de Flujo Tipo 1 o enviarse a Laboratorio de Referencia.
40.15.003	CD45	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.004	CD117	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.005	CD34	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.006	Panel de orientación para diagnóstico de Leucemias Agudas	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.007	Inmunofenotipo para Leucemia Linfoblástica de linaje B	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.008	Inmunofenotipo para Leucemia Linfoblástica de linaje T	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.009	Inmunofenotipo para Leucemia Mieloide y Síndrome Mielodisplásico	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.010	Inmunofenotipo para Células NK y Células Plasmáticas	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.011	Enfermedad Mínima Residual Linaje Linfoide	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.012	Enfermedad Mínima Residual	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.013	CD 235a, Anticuerpos contra Glicoforina A	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.014	Inmunofenotipo para Hemoglobinuria Paroxística Nocturna	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.
40.15.015	Panel de detección de Inmunodeficiencias congénitas	Debe procesarse en sitio, o envío a CRAP conforme a los CRAP para Citometría de Flujo.



ANEXO 10
CÉDULA DE CONTROL DE BIENES DE CONSUMO

PARTIDA: OOAD/UMAE:			Fecha		
			Día:	Mes:	Año:
UNIDAD MÉDICA:					
No. DE CONTRATO:			ENTREGA CORRESPONDIENTE		
			AL MES		
			DE ____ DEL 20 ____		
No.	Descripción	Presentación	Cantidad Entregada	No. de Lote	Fecha de Caducidad
PARA SER LLENADO POR EL JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO					
FECHA DE RECEPCIÓN A CONFORMIDAD:	¿EL REAPROVISIONAMIENTO CUBRE EL INVENTARIO de 45 (cuarenta y cinco) días DE PRODUCTIVIDAD?	¿EXCEDIÓ EL NIVEL DE SERVICIO ESTIPULADO?		NÚMERO DE DÍAS QUE EXCEDIÓ EL NIVEL DE SERVICIO	
		SI () NO ()			

NOMBRE Y FIRMA
JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE
OTORGA EL SERVICIO

NOMBRE Y FIRMA
JEFE O ENCARGADO DEL
LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE DE LA
EMPRESA QUE OTORGA EL
SERVICIO





ANEXO 11

FORMATO PARA SEÑALAR DOMICILIO LEGAL PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ACTO JURÍDICO.

MEMBRETE O LOGOTIPO DEL PROVEEDOR.

FECHA: _____.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

PRESENTE:

Con relación al proceso de _____-2026 inherente a la _____. El
C. _____ Representante legal de la empresa _____ Señaló como domicilio legal
para todos los efectos de este acto jurídico el ubicado en:

Calle: _____, Número: _____, Col. _____, Municipio o delegación: _____, Código Postal: _____,
Estado: _____.

Teléfono (s) fijo(s) del proveedor: _____.

Fax: _____.

Correo electrónico: _____.

Teléfono Celular del representante legal: _____.

Localizador del representante legal: _____.

Relación del personal encargado de la recepción, confirmación y otorgamiento de número de folio de los requerimientos:
_____, _____.

Asimismo, y como representante legal me comprometo a dar respuesta en forma inmediata las 24 hrs. Todos los días de la semana, incluyendo sábados y domingos, así como días festivos durante toda la vigencia del contrato, en caso de que no se encontraran las personas autorizadas antes señaladas o que estas no dieran respuesta de envío de los bienes solicitados en el tiempo establecido, asimismo en caso de extravío, o cambio de número del teléfono celular o localizador, me comprometo a notificarlo en forma inmediata a los jefes de conservación de unidad y al administrador del contrato.

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL (PERSONA MORAL)/ NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FÍSICA.



ANEXO 12 AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN

Fecha:_____.

COTIZACIÓN._____.

PRESENTE:

C._____ Representante legal de la empresa_____ manifiesto lo siguiente:

Autorizo al Instituto Mexicano del Seguro Social a que, en caso de que mi representada no diera cumplimiento por causas injustificadas y atribuibles a mi empresa con la realización del servicio contratado, en tiempo y forma conforme al programa calendarizado, atender un servicio mal realizado, atender un servicio fuera de programación que se me haya solicitado y/o no atender al requerimiento realizado por algún residente de conservación de unidad a través de los medios autorizados como son vía correo electrónico, telefónico o fax a tomar las siguientes acciones:

“EL INSTITUTO” puede realizar los servicios solicitados con un tercero al precio que este lo tenga en el mercado, y mi representada se hará cargo del pago directo al tercero que se le hayan contratado los servicios y en caso de no cubrir el pago en el tiempo otorgado por el tercero también autorizo a **“EL INSTITUTO”** a que dicho importe me sea deducido de las facturas que mi representada presente para cobro de servicios que si hayan sido realizados.

Atte.

Representante legal.