|  |
| --- |
| **Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico (SMI-ELC)** |
| **Anexo Técnico** |

# Introducción

Derivado del contenido de los Artículos Transitorios Noveno y Décimo Primero, del *DECRETO por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)*, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de agosto de 2022, en los que se establece que “en tanto se implementa la infraestructura, sistemas de información y normativa del IMSS-Bienestar, sus procesos administrativos deberán realizarse a través de los medios y sistemas de información del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como sujetarse a la normativa de dicho Instituto, para lo cual ambas entidades celebrarán los convenios de colaboración necesarios.”, así como que “en los convenios de coordinación a que se refiere el artículo 2, último párrafo del presente decreto, se deberá establecer que los procedimientos de contratación que estén en trámite a la fecha de celebración de los mismos, continuarán a cargo de las unidades administrativas responsables de dichos procedimientos, hasta su total conclusión, quienes también serán responsables de las obligaciones de pago o adeudos que deriven de los contratos ya suscritos o de tales procedimientos; con fundamento en la legislación en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, así como de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.”, y de igual que, “el Instituto Mexicano del Seguro Social y el IMSS-BIENESTAR, por ningún motivo serán responsables solidarios, mancomunados o sustitutos respecto de las obligaciones a que se refiere el párrafo anterior.”; es importante señalar que “el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del Programa IMSS-Bienestar, tomará las medidas necesarias para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población sin seguridad social, en tanto se concluyen las etapas procedimentales y se cumple con las obligaciones jurídicas referidas en los párrafos anteriores, conforme a la legislación aplicable.”.

Es preciso señalar que el último párrafo del artículo 2 del decreto de creación citado, establece que el IMSS-Bienestar brindará los servicios de salud a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social, en aquellas entidades federativas con las que celebre convenios de coordinación para la transferencia de dichos servicios.

Es necesario señalar que también se ha tomado como base, el contenido del Convenio Marco de Colaboración que celebran, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar, suscrito el 21 de marzo de 2023, en el que establecen las bases y mecanismos de colaboración entre ambas instituciones.

Bajo este contexto y en cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 4.21.3 de las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (POBALINES), se ha elaborado el presente Anexo Técnico, con la directriz de proveer un documento en el que se precisan las características técnicas que se requieren de los bienes o servicios objeto de la contratación, así como de contar con los mismos con oportunidad, que formará parte integrante del contrato para la prestación de los servicios y considerando, en todo momento, lo que al respecto establece el Estatuto Orgánico de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 13 de septiembre de 2023, con última Adición publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 27 de septiembre del 2023., respecto a las áreas competentes para intervenir en su elaboración.

**Contenido**

[Introducción 1](#_Toc178613863)

[Glosario de Términos y Definiciones. 5](#_Toc178613864)

[Términos Abreviados 9](#_Toc178613865)

[a) Objeto de la Contratación. 10](#_Toc178613866)

[b) Vigencia del Contrato. 11](#_Toc178613867)

[c) Descripción amplia y detallada de los bienes o servicios solicitados. 11](#_Toc178613868)

[c.1. Generalidades del SMI. 11](#_Toc178613869)

[c.2. Condiciones de la Prestación del Servicio. 11](#_Toc178613870)

[c.3. Características del Servicio. 12](#_Toc178613871)

[c.4. Equipo de Laboratorio. 145](#_Toc178613872)

[c.5. Recepción de equipo de laboratorio y complementario. 145](#_Toc178613873)

[c.5.1. Instalación. 145](#_Toc178613874)

[c.5.2. Mejora Tecnológica. 146](#_Toc178613875)

[c.5.3. Gestor de Turnos. 147](#_Toc178613876)

[c.6. Bienes de Consumo. 147](#_Toc178613877)

[c.6.1. Entrega Inicial. 148](#_Toc178613878)

[c.6.2. Entregas Subsecuentes. 148](#_Toc178613879)

[c.6.3. Bienes de Consumo para Pruebas de Control Interno y Externo. 148](#_Toc178613880)

[c.6.4. Entregas urgentes. 149](#_Toc178613881)

[c.6.5. Lugar y Horario de Entrega. 149](#_Toc178613882)

[c.6.6. Bienes de consumo desperdiciados. 149](#_Toc178613883)

[c.6.7. Devolución y Reposición de Bienes de Consumo. 149](#_Toc178613884)

[c.6.8. Suspensión/Inhabilitación de Registro. 149](#_Toc178613885)

[*c.7.* Visita de monitoreo. 150](#_Toc178613886)

[c.8. Proceso Preanalítico. 150](#_Toc178613887)

[c.9. Visita a Sitio. 150](#_Toc178613888)

[c.10. Adecuación del Área Física. 152](#_Toc178613889)

[c.11. Altas, Bajas y/o Cambio de Equipamiento. 152](#_Toc178613890)

[c.12. Unidades con Módulo para Toma de Muestras. 152](#_Toc178613891)

[c.13. Control de calidad. 153](#_Toc178613892)

[c.13.1. Control de Calidad Interno. 153](#_Toc178613893)

[c.13.2. Control de Calidad Externo. 153](#_Toc178613894)

[c.14. Traslado de Muestras 153](#_Toc178613895)

[c.14.1. Condiciones mínimas en el traslado de muestras biológicas a los Laboratorios de otras Unidades Médicas del Organismo, Laboratorios Alternos o a los Laboratorios de Referencia. 154](#_Toc178613896)

[c.15. Laboratorios Alternos. 154](#_Toc178613897)

[c.16. Laboratorios de Referencia. 155](#_Toc178613898)

[c.17. Mantenimiento 156](#_Toc178613899)

[c.17.1. Mantenimiento Preventivo 156](#_Toc178613900)

[c.17.2. Mantenimiento Correctivo 157](#_Toc178613901)

[c.18. Capacitación. 158](#_Toc178613902)

[c.18.1. Capacitación Continua. 160](#_Toc178613903)

[c.19. Sistema de Información de Laboratorio e Informe de Resultado. 160](#_Toc178613904)

[c.19.1. Firma del Acuerdo de Confidencialidad. 160](#_Toc178613905)

[c.19.2. Designación de Contacto Responsable con sus datos. 160](#_Toc178613906)

[c.19.3. Designación de Sistema y Empresa Soporte. 160](#_Toc178613907)

[c.19.4. Solicitud de Pruebas de Funcionalidad y Envío de Mensajería HL7. 160](#_Toc178613908)

[c.19.5. Pruebas de Funcionalidad para Evaluación del Sistema de Información. 161](#_Toc178613909)

[c.19.6. Instalación y Puesta a Punto del Sistema de Información. 162](#_Toc178613910)

[c.20. Registro de información del Servicio de Estudio de Laboratorio Clínico. 163](#_Toc178613911)

[c.20.1. Asistencia Técnica 164](#_Toc178613912)

[c.20.2. Designación de Enlace. 164](#_Toc178613913)

[c.20.3. Contingencia. 164](#_Toc178613914)

[c.21. Controles para efecto de pago de los Estudios Efectivos Realizados. 165](#_Toc178613915)

[c.22. Entrega de Instalaciones del Proveedor al Organismo. 165](#_Toc178613916)

[d) Proceso de entrega de bienes, de instalación de equipos o toda actividad que se requiera realizar, previo al inicio del contrato que deberá realizar el proveedor adjudicado; junto con las actividades correspondientes para el proveedor saliente, sin que en la transición se vea afectado IMSS-Bienestar. 166](#_Toc178613917)

[e) Formatos anexos mediante los cuales se realizará la entrega-recepción, seguimiento, validación y aquellas funciones que se consideren necesarias para la correcta administración del servicio, arrendamiento o entrega de bienes. 166](#_Toc178613918)

[f) Generación de información. Estudios, formatos u otro, por parte del proveedor que pertenezcan a IMSS-Bienestar. 167](#_Toc178613919)

[g) Pruebas. Método de evaluación, responsable de llevarlas a cabo, tiempo requerido para su realización, unidad de medida con la cual se determinará y resultado mínimo 167](#_Toc178613920)

[h) Modificación de la especificación técnica de algún bien que no se encuentre regulado por el Compendio Nacional de Insumos para la Salud expedido por el Consejo de Salubridad General. 168](#_Toc178613921)

[i) Normas. 168](#_Toc178613922)

[j) Administrador del Contrato. 170](#_Toc178613923)

[k) Tipo de Contrato. 170](#_Toc178613924)

[ANEXOS Y FORMATOS DEL ANEXO TÉCNICO 171](#_Toc178613925)

[Anexo T1 Requerimientos SMI-ELC Ene-Dic 2025 171](#_Toc178613926)

[Anexo T2 Directorio de Unidades Médicas 171](#_Toc178613927)

[Anexo T2.1 Responsables del seguimiento del SMI-ELC 171](#_Toc178613928)

[Anexo T3. “Especificaciones Técnicas del equipamiento” 172](#_Toc178613929)

[Anexo T4 “Cédula de Recepción de equipos” 212](#_Toc178613930)

[Anexo T4.1 “Cédula de Puesta a punto” 213](#_Toc178613931)

[Anexo T5 Programa de Mantenimiento Preventivo 217](#_Toc178613932)

[Anexo T5.1 Reporte de falla de los equipos 218](#_Toc178613933)

[Anexo T6 Cédula de Control de Bienes de Consumo 219](#_Toc178613934)

[Anexo T6.1 Devolución y reposición 220](#_Toc178613935)

[Anexo T7 Programa de Capacitación 221](#_Toc178613936)

[Anexo T7.1 Formato asistencia a capacitación 222](#_Toc178613937)

[Anexo T7.2 Formato de acreditación de la capacitación 223](#_Toc178613938)

[Anexo T8 Resumen de equipos ofertados 224](#_Toc178613939)

[Anexo T8.1 Resumen de bienes de consumo ofertados 226](#_Toc178613940)

[Anexo T9 Reporte mensual de estudios efectivos realizados 228](#_Toc178613941)

[Anexo T9.1 Notificación de pena convencional 229](#_Toc178613942)

[Anexo T9.2 Notificación de deductiva 230](#_Toc178613943)

[Anexo T10 Mejora Tecnológica 231](#_Toc178613944)

[Anexo T11 (once) Requerimiento y formato de envío de muestras 232](#_Toc178613945)

[Anexo T12 (doce) Laboratorios Alternos 233](#_Toc178613946)

[Anexo T13 (trece) Laboratorios de Referencia 234](#_Toc178613947)

[Anexo T14 (catorce) Entrega de instalaciones al término de la prestación del servicio 235](#_Toc178613948)

[Anexo T15: Criterios de Evaluación Técnica por Puntos y Porcentajes 236](#_Toc178613949)

[Anexo TI.1 (A. TI uno) Carta en formato libre 236](#_Toc178613950)

[Anexo TI.2 “Especificaciones Mínimas de los Equipos de Cómputo” 237](#_Toc178613951)

[Anexo TI.3 “Acuerdo de Confidencialidad” 239](#_Toc178613952)

[Anexo TI.4 “Designación de Contacto Responsable” 240](#_Toc178613953)

[Anexo TI.5 “Designación de Sistema y Empresa Soporte” 241](#_Toc178613954)

[Anexo TI.6 “Solicitud de Pruebas de Funcionalidad y Envío de Mensajería HL7” 242](#_Toc178613955)

[Formato De Propuesta Económica 243](#_Toc178613956)

# Glosario de Términos y Definiciones.

**Acuerdo de Nivel de Servicio**: Estándares cuantificables de mínimo desempeño asociados al servicio y que garantizan la prestación del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico, así como el envío de la información generada por este servicio a la base de datos central del Organismo requerido por el área solicitante.

**Adecuación del Área Física**: Modificaciones ambientales de los Laboratorios Clínicos de las Unidades Médicas, a cargo de los licitantes adjudicados, para la instalación, manejo y adecuada conservación de los equipos y sus bienes, que permita asegurar el óptimo rendimiento, de conformidad con las Normas NOM-007-SSA3-2011 y NOM-016-SSA3-2012, y a las Normas de Seguridad e Higiene del Instituto, de acuerdo con las recomendaciones de los fabricantes.

**Administrador del Contrato:** Persona servidora pública en quien recae la responsabilidad de dar seguimiento y verificar el cumplimiento de las obligaciones del proveedor establecidas en el contrato, así como determinar la aplicación y cálculo de penas convencionales y deductivas y, en su caso, solicitar al área competente, la rescisión del contrato, aportando los elementos conducentes.

**Anexo Técnico**: El documento que corresponde a la descripción técnica médica y técnica informática del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico a solicitar.

**Área Contratante:** Área del IMSS-BIENESTAR facultada para llevar a cabo los procedimientos de contratación, para la adquisición o arrendamiento de bienes, así como para contratar la prestación de servicios. En el presente caso será la Coordinación de Adquisiciones (CA).

**Área Requirente:** Área del IMSS-BIENESTAR que solicite o requiera formalmente la adquisición o arrendamiento de bienes o la prestación de servicios, o bien aquélla que los utilizará. En este proyecto, serán las Coordinaciones Estatales del IMSS-BIENESTAR, mismas que remiten sus requerimientos al Área Contratante, por conducto de la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel.

**Área Técnica:** Área del IMSS-BIENESTAR que elabora las especificaciones técnicas que se deberán incluir en el procedimiento de contratación, evalúa la propuesta técnica de las proposiciones y será responsable de responder en la junta de aclaraciones, las preguntas que sobre estos aspectos realicen los licitantes.

**Asistencia Técnica:** Servicio técnico otorgado por el(los) proveedor(es) para garantizar la resolución de fallas, en los plazos establecidos en el presente Anexo Técnico y en los Términos y Condiciones, para los equipos e insumos de Laboratorio Clínico y del Sistema de Información y programas y equipos de cómputo asociados, durante la vigencia de la prestación del servicio contratado y sin cargo para el Organismo.

**Bienes de Consumo**: Son aquellos bienes muebles que, por su utilización en el desarrollo de las actividades que se realizan, tienen un desgaste parcial o total y, por lo tanto, no son susceptibles de ser utilizados nuevamente; son controlados a través de un registro global en los inventarios, dada su naturaleza y finalidad.

**Compendio Nacional de Insumos para la Salud**: Documento normativo que regula los insumos que se utilizan en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

**CompraNet**: Sistema electrónico de información pública gubernamental sobre adquisiciones, arrendamientos y servicios a que se refiere el concepto contenido en la fracción II del artículo 2 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP), con dirección electrónica en Internet: <https://upcp-compranet.hacienda.gob.mx/>.

**Contrato:** El acuerdo de voluntades para crear o transferir derechos y obligaciones, y a través del cual se formaliza la adquisición o arrendamiento de bienes muebles o la prestación de servicios.

**Control de Calidad:** Son las actividades y técnicas operativas desarrolladas en las etapas preanalítica, analítica y postanalítica para cumplir con los requisitos de calidad establecidos en la normatividad vigente y en las mejores prácticas.

**Control de Calidad Externo (CCE)**: Procedimiento realizado por los Laboratorios Clínicos y evaluado por un organismo externo, para la certificación de la calidad de conformidad con la NOM-007-SSA3-2011.

**Control de Calidad Interno (CCI)**. Procedimiento llevado a cabo por los Laboratorios Clínicos, con el propósito de garantizar la calidad de los resultados, conforme a la NOM-007-SSA3-2011.

**Convocatoria:** Documento que establece las bases en que se desarrollará el procedimiento de contratación y en las cuales se describirán los requisitos de participación, como lo señala el artículo 29 de la LAASSP.

**Equipo complementario:** Bienes de consumo y equipos necesariospara la toma, manejo y acondicionamiento de muestras biológicas, para la realización de estudios o complementación de estos y preservación de muestras y reactivos, así como equipo indispensable para el correcto funcionamiento de los equipos del Laboratorio Clínico.

**Equipo de Cómputo:** Equipo requerido para la correcta operación del sistema de información en cuanto a entrada, procesamiento y salida de información, tanto electrónica como manual, así como para la comunicación necesaria entre los analizadores y los usuarios internos y externos.

**Estudio:** Estudio de Laboratorio Clínico realizado a las muestras biológicas y procesadas en los analizadores correspondientes o por métodos manuales.

**Equipos de Laboratorio Clínico:** Equipos necesariospara realizar los estudios de laboratorio a los beneficiarios del Organismo, motivo del presente servicio.

**Estudio Efectivo Realizado**: Estudio de Laboratorio Clínico realizado en muestras biológicas, procesado y registrado como realizado en el equipo y con resultado validado en el Sistema de Información del Laboratorio provisto por el proveedor. Quedan excluidos aquellos que se utilicen para el control de calidad interno y externo, controles y calibración de los equipos y aquellas que se deriven de fallas de estos.

**Export Only**: Equipos que son fabricados en un país y que no se usan en el mismo por no cubrir con las disposiciones oficiales de calidad.

**HL7 (Health Level 7):** Conjunto de estándares que permiten el intercambio de información clínica entre sistemas de información.

**Investigación de Mercado:** La verificación de la existencia de bienes, arrendamientos o servicios, de proveedores a nivel nacional o internacional y del precio estimado, basado en la información que se obtenga en la propia dependencia o entidad, de organismos públicos o privados de fabricantes de bienes o prestadores del servicio, o una combinación de dichas fuentes de información.

**Investigation Only:** Equipos que son utilizados en el país donde son fabricados como prototipos para investigación y desarrollo de estos, que no acreditan su operación en la práctica clínica habitual ya que no cuentan con un Registro Sanitario que avale su seguridad y eficacia

**Licitante**: La persona que participe en cualquier procedimiento de licitación pública o bien de invitación a cuando menos tres personas.

**Mantenimiento Correctivo**: Es el servicio que debe realizar el proveedor a los equipos de laboratorio clínico, complementarios y de cómputo que presenten fallas, a fin de garantizar los niveles de servicio requeridos por la convocante.

**Mantenimiento Preventivo**: Es el servicio programado que debe realizar el proveedor a los equipos de laboratorio clínico, complementarios, cómputo y del sistema de información, conforme a las especificaciones de los fabricantes, a fin de garantizar los niveles de servicio requeridos por la convocante.

**Modular:** Sistema analítico de laboratorio, mediante el cual se combinan dos o más equipos (módulos) de laboratorio a un mismo procesador o “core”, con el fin de optimizar espacio y recursos para realizar los estudios de laboratorio.

**Norma Institucional**: Documento establecido por consenso y aprobado por un órgano de nivel central, que establece, para un uso común y repetido, reglas, directrices o características para ciertas actividades o sus resultados, con el fin de conseguir un grado óptimo de orden en un contexto dado.

**Organismo o IMSS-BIENESTAR:** Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

**Partida**: Suma total de los requerimientos de estudios de laboratorio de una o varias Entidades.

**Proveedor:** Persona física o moral que celebre contratos de adquisiciones, arrendamientos o servicios.

**Puesta a Punto**: Actividades requeridas para iniciar la operación conforme a los niveles de servicio requeridos por el Organismo.

**Servicio Médico Integral (SMI):** Es una alternativa de contratación de servicios para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, completos y específicos, para que las unidades médicas del Organismo den respuesta a las demandas de atención, otorgándolos de forma integral, sin interrupciones, con el fin de evitar los imprevistos que afectan el otorgamiento de esta. Los servicios médicos integrales estarán conformados por el equipo médico o instrumento analítico y sus accesorios, el instrumental quirúrgico y los bienes de consumo indispensables y compatibles con el equipo médico y entre sí, los cuales serán los necesarios y suficientes para los servicios establecidos, motivo de la contratación, así como la capacitación del personal para su uso y manejo, el mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento, además del equipo de cómputo y los sistemas de información necesarios para el control de estos.

**SLA (Service Level Agreement)**. Nivel de Servicio Establecido. Es un compromiso entre un proveedor de servicios y un cliente. El proveedor del servicio y el usuario del servicio acuerdan aspectos particulares del servicio (calidad, disponibilidad, responsabilidades).

**SMI-ELC.** Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico

**Tratados:** Los Convenios regidos por el derecho internacional público, celebrados por escrito por los Estados Unidos Mexicanos con los gobiernos de otros países, a que se refiere el artículo 2 de la Ley, que cuenten con un capítulo o título de compras gubernamentales.

**Unidad Médica**: Al establecimiento físico que cuenta con los recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad es equivalente al nivel de operación y está destinado a proporcionar atención médica integral a la población.

# Términos Abreviados

**CEE**: Certificado de uso de los equipos y reactivos, expedido por la Comunidad Económica Europea.

**CHAEPE:** Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales.

**CNPM:** Coordinación de Normatividad y Planeación Médica.

**COFEPRIS:**Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

**CS:** Coordinación de Supervisión.

**CA**: Coordinación de Adquisiciones.

**CTI:** Coordinación de Tecnologías de la Información.

**CUPN:** Coordinación de Unidades de Primer Nivel.

**CUSN:** Coordinación de Unidades de Segundo Nivel.

**DOF**: Diario Oficial de la Federación.

**ELC:** Estudios de laboratorio clínico.

**FDA:** Siglas de laFood & Drug Administration. Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos de Norteamérica*.*

**HEP:** Hospital de Especialidades Pediátricas.

**HRAE:** Hospital Regional de Alta Especialidad.

**IVA:** Impuesto al Valor Agregado.

**Instituto o IMSS - BIENESTAR:** Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

**ISO:** International Organization for Standardization. Organización Internacional para la Estandarización.

**LAASSP**: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**NOM:** Norma Oficial Mexicana.

**OMS**: Organización Mundial de la Salud.

**RLAASSP:** Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**UAS**: Unidad de Atención a la Salud.

##### Objeto de la Contratación.

Los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar requiere de la prestación del **Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico**, que permita atender la demanda de tal servicio, por parte de la población beneficiaria de las Unidades Médicas del Organismo, de acuerdo con el total de estudios que se presentan en el **Anexo T1 Requerimientos SMI-ELC Ene-Dic 2025** cuyas partidas se presentan en la siguiente tabla:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partida** | **Entidad** | **Núm. de Unidades Médicas** |
| 1 | Baja California | 69 |
| 2 | Baja California Sur | 10 |
| 3 | Campeche | 17 |
| 4 | Ciudad de México | 114 |
| 5 | Chiapas | 96 |
| 6 | Colima | 9 |
| 7 | Estado de México | 149 |
| 8 | Guerrero | 65 |
| 9 | Hidalgo | 38 |
| 10 | Morelos | 17 |
| 11 | Nayarit | 22 |
| 12 | Oaxaca | 45 |
| 13 | Puebla | 90 |
| 14 | Quintana Roo | 31 |
| 15 | San Luis Potosí | 53 |
| 16 | Sinaloa | 16 |
| 17 | Sonora | 12 |
| 18 | Tabasco | 26 |
| 19 | Tamaulipas | 18 |
| 20 | Tlaxcala | 16 |
| 21 | Veracruz | 68 |
| 22 | Yucatán | 1 |
| 23 | Zacatecas | 30 |
| 24 | HRAE de la Península  de Yucatán | 1 |
| 25 | HRAE Ciudad Salud | 1 |
| 26 | HRAE del Bajío | 1 |
| 27 | HRAE de Oaxaca | 1 |
| 28 | HRAE de Ixtapaluca | 1 |
| 29 | Hospital de  Especialidades Pediátricas | 1 |
|  | Total | **1,018** |

##### Vigencia del Contrato.

Para el Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico, el Organismo requiere que la vigencia del contrato sea para el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2025 y hasta el 31 de diciembre del 2025.

##### Descripción amplia y detallada de los bienes o servicios solicitados.

En el **Anexo T1 Requerimientos SMI-ELC Ene-Dic 2025** se establece el detalle por Unidad Médica, sus datos de ubicación, así como grupos y claves de estudios solicitados.

###### Generalidades del SMI.

El Organismo contratará el SMI-ELC a un solo licitante para cada partida. Los licitantes presentarán el total como partidas, respetando los principios de economía, eficiencia, eficacia, honestidad, imparcialidad, honradez y transparencia, establecidos en la LAASSP.

Los licitantes, en su propuesta técnica, deberán incluir la solución al 100% del requerimiento de las partidas, debiendo cotizar el total de estudios que integran a cada una de ellas, entendiendo por partida a la suma total de los requerimientos de una entidad federativa o Unidad Médica.

Una vez adjudicadas las partidas, el(Los) proveedor(es) adjudicado deberá(n) acordar con la Coordinación Estatal responsable y a cargo de cada partida, y con la Coordinación de Unidades del nivel de atención correspondiente (CUPN, CUSN o la CHAEPE), la fecha y sede donde se desarrollará la presentación del SMI-ELC, logística y pormenores técnicos del servicio, misma que deberá realizarse dentro de los primeros 20 (veinte) días hábiles, contados a partir del día natural siguiente de la notificación del fallo, o la fecha que el Área Requirente solicite, en caso de ser posterior a los 20 días hábiles. El **Anexo T2.1 Responsables del seguimiento del SMI-ELC** detalla la información de los servidores públicos con quien deberá coordinarse esta presentación.

En dicha presentación presencial o por videoconferencia, deberá formalizarse el programa de actividades de puesta a punto que sea necesario para el inicio del servicio; una vez que se tenga la fecha y sede, la Coordinación de Unidades del nivel de atención correspondiente, notificará a los Administradores del Contrato y a la Coordinación de Adquisiciones (CA) y estos, a su vez, notificarán a los Jefes o Encargados de los Laboratorios Clínicos de las Unidades Médicas, para su asistencia obligatoria en la fecha establecida. Del mismo modo, se deberá invitar a un representante del Órgano Interno del Control a la presentación del Servicio. La prestación del servicio deberá iniciar a partir del día 1 (uno) del periodo de vigencia del contrato. Por otra parte, la puesta a punto del servicio deberá finalizar, a más tardar, el día 46 (cuarenta y seis) naturalcontados a partir de la notificación del fallo y en el caso de que esta fecha sea posterior al 1 de enero de 2025, el proveedor adjudicado deberá realizar la prestación del servicio mediante el apoyo de los laboratorios alternos contemplados en el **Anexo T12. Laboratorios alternos**.

###### Condiciones de la Prestación del Servicio.

La unidad de medida que regulará la prestación del servicio es el “**Estudio Efectivo Realizado**”, debiendo los licitantes, considerar, como parte del servicio, lo siguiente:

* Características del servicio.
* Adecuación del área física.
* Equipo de laboratorio.
* Bienes de consumo.
* Control de calidad.
* Traslado de muestras.
* Laboratorios alternos.
* Laboratorios de referencia.
* Mantenimiento preventivo y correctivo.
* Capacitación.
* Sistema de información e informe de resultados
* Asistencia técnica.
* Contingencia.
* Cumplimiento de normativa.
* Controles para efecto de pago de los estudios efectivos realizados
* Entrega de instalaciones del proveedor al organismo.

###### Características del Servicio.

El proveedor ganador de la(s) partida(s) deberá garantizar la correcta prestación del servicio considerando todo el equipamiento de laboratorio y complementario necesario para la realización de las pruebas en cada partida. Además, proporcionará los bienes de consumo necesarios y suficientes para la obtención, colecta y transporte de muestras, de conformidad con los lineamientos de las mejores prácticas para el proceso preanalítico.

Se deberá considerar la ubicación de las Unidades Médicas, en donde se realizarán las adecuaciones del área física, la entrega e instalación del equipamiento y entrega de bienes de consumo, así como del sistema de información, equipo y programas de cómputo e interfaces, así como insumos, hojas para impresión, tóner y etiquetas para tubos. Esta adecuación debe estar dispuesta en la Unidad Médica de acuerdo con el programa de actividades de puesta a punto.

Los estudios de laboratorio clínico que comprende este SMI, se clasifican en los siguientes 23 grupos, con sus especificaciones particulares solicitadas por el Organismo, en cuanto a equipo de laboratorio, equipo complementario y control de calidad.

| **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 x (Creatinina plasmática)-1.154 x EDAD-0.203 (x 0.742 si es mujer)  Ecuación MDRD 6 elementos:  170 x (Creatinina plasmática)-0.999 x EDAD-0.176 (x 0.762 si es mujer) x Nitrógeno Ureico-0.17 x albúmina0.318  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 Glutamil 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.  El cálculo de Colesterol de Baja densidad (LDL), incluye la aplicación de la Ecuación de Friedewald (LDL= CT- (TG/5 + 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.  el proceso en sitio por medio de la determinación de LDL, solo se requiere cuando la Ecuación de Freidewald no es aplicable. |
| 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.  Esta isoenzima solo se requiere cuando los niveles de la CPK total superan el límite alto de referencia |
| 40.01.025 | CPK, fracción MB masa (CPK-MBm) | Debe procesarse en sitio.  Esta isoenzima solo se requiere cuando los niveles de la CPK total superan el límite alto de referencia |
| 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.01.033 | Ferritina | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.01.034 | Transferrina | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.01.035 | Capacidad de fijación de Hierro | Debe procesarse en sitio o envío a laboratorio de referencia. 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 | Debe procesarse en sitio. |
| 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 o enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 40.01.039 | Ácidos Biliares totales y fraccionados | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.01.040 | Oxalato en orina de 24 horas | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.01.041 | Citrato en orina de 24 horas | Envío 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) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |

*Equipamiento para el grupo de Química Clínica*

1. El equipamiento de Química Clínica Rutina y Urgencias deberá cumplir con los siguientes requisitos:

* Efectuar los estudios incluidos en este grupo para su procesamiento en sitio como mínimo 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.
* Capacidad de recibir muestras en tubo primario, copa o copilla, con volumen de muestra apropiado para la cartera de servicios de la unidad medica
* 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.
* Proporcionar 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. En el caso de controles liofilizados deberá dotarse del equipo complementario necesario para la reconstitución adecuada.
* Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los sueros control.

1. El equipamiento Analizador Clínico Portátil de Sangre deberá poder realizar los siguientes estudios como mínimo:

* Este equipo está asignado a Unidades Médicas donde no se cuenta con plantilla en la totalidad de los turnos, por lo que será operado por el servicio de urgencias.
* Equipo Point of Care para realizar la determinación mínima de los siguientes estudios:
  + - Analitos: Glucosa, Lactato, Sodio, Potasio.
    - Gases en sangre: pH, PCO2, PO2.
* La determinación podrá realizar en conjunto o con cartuchos individuales.
* Se podrán procesar en este analizador estudios de otros grupos de estudio (por ejemplo: gases en sangre), con el fin de reducir la base de equipos a instalar.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje, y respaldo de energía (UPS)
* 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 el equipo pueda realizar estudios adicionales a los antes mencionados (por ejemplo, Nitrógeno ureico (BUN)/urea, Troponina, mioglobina, Dímero-D), podrán realizarse conforme al requerimiento de estudios de cada Unidad Médica.

*Control de Calidad*

* El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
* Deberá incluir cuando menos una corrida de controles para los días de proceso.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:   1. 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. 2. Fórmula Roja: cuenta de eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, volumen corpuscular medio, hemoglobina corpuscular media, concentración media de hemoglobina corpuscular, ancho de distribución eritrocitaria. 3. Plaquetocrito: cuenta plaquetaria, volumen plaquetario medio. |
| 40.02.002 | Grupo Sanguíneo y Rh | Prueba manual |
| 40.02.003 | Pruebas de compatibilidad (Cruzadas) | Prueba manual |
| 40.02.004 | Velocidad de sedimentacion globular | Prueba manual |
| 40.02.005 | Coombs directo | Prueba manual |
| 40.02.006 | Coombs indirecto | Prueba manual |

*Equipamiento para el grupo de Hematología*

El equipamiento para el grupo de Hematología deberá cumplir 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 Organismo.
* 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 idioma español.
* Puerto de comunicación para interfaz.
* Monitor Integrado o adicional.
* En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 contador manual de células sanguíneas por cada Unidad Médica que tenga equipo instalado para el área de hematología.
* Deberá contemplar la dotación de insumos para las siguientes tinciones: Wrigth, Giemsa, nuevo azul de metileno y azul de cresil brillante.
* Deberá proporcionar un sistema agitador de balanza (mezcladora de tubos) 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 por turno 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 Unidad Médica con el equipamiento apropiado. \*\*\*  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 Unidad Médica con el equipamiento apropiado \*\*\*.  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, podrán ser procesados los estudios en el laboratorio de una Unidad Médica con el equipamiento apropiado o en un laboratorio alterno.

*Equipamiento para el grupo de Coagulación*

1. El equipamiento para el grupo de Coagulación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

* Capacidad de recibir muestras en tubo primario, copa o copilla, con volumen de muestra apropiado para la cartera de servicios de la Unidad Médica.
* 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 proveedor proporcionará por cada equipo asignado de coagulación, una centrifugadora 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 plasmas control para el control de calidad interno mínimo a dos niveles: normal y anormal, líquido o liofilizado; y del control de calidad externo. En el caso de controles liofilizados deberá dotarse de los bienes de consumo necesarios para la reconstitución adecuada.
* Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los plasmas control dependiendo de la cartera de servicios de la Unidad Médica.

1. El equipamiento de Monitoreo de Anticoagulación deberá poder realizar los siguientes estudios como mínimo:
   1. Debe realizar la determinación de INR en muestra de sangre total.
   2. Contar con algún medio de comunicación para interfaz
   3. En caso de requerir papel impresor, deberá considerar los insumos mensuales para esta.

| **Grupo 4 Coagulación Especial** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.04.001 | Factor II de la coagulación | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.002 | Factor Tisular Antigénico | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.003 | Factor V de la coagulación | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.004 | Factor VII de la coagulación | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.005 | Factor VIII de la coagulación | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.006 | Factor IX de la coagulación | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.007 | Factor X de la coagulación | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.008 | Factor XI de la coagulación | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.009 | Factor XII de la coagulación | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.010 | Factor XIII de la coagulación | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.011 | Inhibidor del Factor IX | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.012 | Inhibidor del Factor VIII | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.013 | Tiempo de Trombina | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.014 | Tiempo de Reptilasa | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.015 | Factor de Von Willebrand, actividad | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.016 | Fibrinógeno, método de Clauss | Debe procesarse en sitio. Las unidades que no cuenten con equipo de Coagulación Especial asignado podrán procesar los estudios en el equipo de coagulación asignado. |
| 40.04.017 | Dímero D (cuantitativo) | Debe procesarse en sitio. Las unidades que no cuenten con equipo de Coagulación Especial asignado podrán procesar los estudios en el equipo de coagulación asignado. |
| 40.04.018 | Anticoagulante Lúpico | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.019 | Anticoagulante Lúpico, prueba confirmatoria | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.020 | Plasminógeno | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.021 | Resistencia a Proteína C activada | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.022 | Proteína C Antigénica | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.023 | Proteína S Antigénica | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.024 | Proteína C Coagulante | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.025 | Proteína S Coagulante | Debe procesarse en sitio o Laboratorio de Referencia\*\*\* |
| 40.04.026 | Beta Tromboglobulina | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.04.027 | Alfa 2 anti-plasmina (Inhibidor de Plasminógeno) | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.04.028 | Antitrombina | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.04.029 | Agregación Plaquetaria con ADP, Ristocetina, Epinefrina y Colágeno | Debe procesarse en sitio en las Unidades con equipamiento asignado, el resto de las Unidades será envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.04.030 | Factor de Von Willebrand, actividad cofactor de Ristocetina | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.04.031 | Multímeros de factor de Von Willebrand | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.04.032 | Homocisteína | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.04.033 | Test viscoelástico de sangre | Debe procesarse en sitio. |
| 40.04.034 | Alfa 2 Macroglobulina | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.04.035 | Actividad de ADATS 13 | Envío a Laboratorio de Referencia. |

\*\*\*Para el caso de los estudios con requerimiento global menor a 50 estudios por año en Unidades Médicas, el proveedor podrá considerar el envío a un Laboratorio de Referencia.

*Equipamiento para el grupo de Coagulación Especial*

1. El equipamiento para el grupo de Coagulación Especial deberá contar con los siguientes requisitos:

* Capacidad de recibir muestras en tubo primario, copa o copilla.
* Se deberán procesar los estudios cuyo requerimiento sea igual o mayor a 20 pruebas por año.
* 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 proveedor proporcionará una centrifugadora refrigerada con capacidad de acuerdo con productividad y un baño maría, tomando en cuenta la infraestructura de cada laboratorio, por cada Laboratorio de Coagulación.
* Para las pruebas que se realicen en sitio o en Unidad Médica con el equipamiento apropiado, en caso de requerir realizar diluciones y correcciones con plasma y/o solución, cada dilución y corrección realizada y reportada será considerada como prueba efectiva realizada.

*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. En el caso de controles liofilizados deberá dotarse de los bienes de consumo necesarios para la reconstitución adecuada.
* Deberá incluir cuando menos una corrida de los plasmas control los días que se procesen los estudios.

1. El equipamiento para Agregación Plaquetaria del Grupo Coagulación Especial 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.
   * Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), con duración mínima de treinta minutos.
   * El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
   * Proporcionar Refacciones, Accesorios y Consumibles de acuerdo con sus necesidades, asegurando su compatibilidad con la marca y modelo del equipo.
2. El equipamiento para el Ensayo viscoelástico de sangre, del Grupo Coagulación Especial 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.
   * Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 deberá cumplir 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.
* En caso de que el equipo requiera que la muestra sea procesada desde un tubo, se deberá dotar de este insumo.
* 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, así como los bienes de consumo requeridos para el estudio del sedimento urinario.
* Proporcionará una centrifugadora por cada equipo de uroanálisis 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 dotación de controles para el control de calidad interno mínimo a dos niveles y del control de calidad externo. En el caso de controles liofilizados deberá dotarse de los bienes de consumo necesarios para la reconstitución adecuada.
* Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los sueros control.

*Insumos*

* 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 |
| 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*

* Para el caso de las Unidades Médicas monotemáticas en pediatría (Hospitales de Gineco-Pediatría y Hospitales de Pediatría), 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 Organismo.
* 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 de impresión, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.
* Deberán dotar los bienes de consumo idóneos para la fase preanalítica de gasometría, proporcionando jeringas para gases en sangre precargadas con Heparina de Litio liofilizada balanceada con calcio, tapón que permita un cierre hermético impidiendo el intercambio de gases con el medio ambiente, así como fugas de la muestra; y dispositivos captadores de coágulos.

*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 estudio individual, independientemente de la cantidad de frascos que sean utilizados por paciente. |
| 40.07.005 | Detección de antígenos bacterianos en líquidos corporales | Se puede enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 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 los hospitales de tercer nivel. 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. |

\*\*\*\*\*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 *Staphylococcus aureus* |
| Aspirado Bronquial. | Dotación mínima de cinco agares:   * Agar Columbia con 5% sangre ovina * Agar Chocolate * Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras * Agar Cromogénico para aislamiento de microrganismos de tracto urinario * Agar Cromogénico para aislamiento de *Staphylococcus aureus* |
| Secreciones Bronquiales. |
| Lavado Bronquial. |
| Esputo. |
| Secreciones. | Dotación mínima de cinco agares:   * Agar Columbia con 5% sangre ovina * Agar Chocolate * Agar MacConkey * Agar Cromogénico para aislamiento de levaduras * Agar Cromogénico para aislamiento de *Staphylococcus aureus* |
| Herida quirúrgica. |
| Empiemas. |
| Abscesos. |
| Úlceras. |
| Urocultivos. | Dotación mínima de cinco agares:   * Agar Columbia con 5% sangre ovina * Agar Cromogénico para aislamiento de microrganismos de tracto urinario |
| Vaginal | Dotación mínima de cuatro agares:   * Agar Columbia con 5% sangre ovina * Agar Chocolate * Agar Thayer Martin * Agar para aislamiento de *Gardnerella vaginalis* * 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 microrganismos de tracto urinario * Agar para la detección de enterococos resistente a vancomicina |
| Coprocultivos. | 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 * Agar Chocolate * Agar Cromogénico para aislamiento de *Staphylococcus aureus* * Agar Cromogénico para aislamiento de microrganismos 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 *Staphylococcus aureus* |
| Anaerobios. | Dotación mínima de siete agares:   * Agar Columbia con 5% sangre ovina * Agar Chocolate * Agar Cromogénico para aislamiento de microrganismos de tracto urinario * Agar Columbia con 5% sangre ovina anaerobio con fenil etil alcohol * Caldo Tioglicolato con Rezasurina   Se considerarán los insumos para favorecer el crecimiento bacteriano en medios microaerofílicos o de anaerobiosis por medio de entrega de bolsas individuales o jarras generadora de atmósfera libre de oxígeno. |
| Hongos | Dotación mínima de 3 agares   * Agar Mycosel * Agar Dextrosa papa * Agar Dextrosa Sabouraud |

+++++ 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. 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 de tercer nivel, se 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: Ceftaxidima, Cefotaxima, Ceftriaxona, Ceftaxidima con Ácido Clavulánico, Cefotaxima con Ácido Clavulánico.
* Otros: Vancomicina y Trimetoprim-sulfametoxazol

*Equipamiento para el grupo de Microbiología*

1. El equipamiento de Microbiología Tipo 1, 2 y 3 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.
* Proporcionar una estufa bacteriológica, una estufa de cultivo para microorganismos anaerobios y un microscopio apropiado para microbiología 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.

1. El equipamiento de Sistema Automatizado para Detección de Crecimiento Microbiano deberá contar con los siguientes requisitos:

* Software de operación en español.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.08.002 | Complemento C4 | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.08.003 | Inmunoglobulina A (IgA) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.08.004 | Inmunoglobulina G (IgG) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.08.005 | Inmunoglobulina M (IgM) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.08.006 | Factor reumatoide | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.08.007 | Proteína C Reactiva Ultrasensible, cuantitativa | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.08.008 | Proteína C Reactiva, cuantitativa, | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.08.009 | Anticuerpos contra Estreptolisina O | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.08.010 | Cadenas ligeras libres kappa y lambda (freelite) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 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 tiphy (O y H), S. paratiphy A, S. paratiphy B y Ricketsiosis. |

*Equipamiento para el grupo de Inmunología*

* + - 1. El equipamiento de Inmunología 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 centrífuga relacionada para el equipo de inmunología.

*Control de Calidad*

1. El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
2. 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. En el caso de controles liofilizados deberá dotarse del equipo complementario necesario para la reconstitución adecuada.
3. 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 de 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 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 | Se puede procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.006 | Cistatina C | Se puede procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.007 | Factor de crecimiento similar a la Insulina tipo 1 (IGF-1) | Se puede procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.008 | Somatropina, Hormona del crecimiento (GH) | Se puede procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.009 | Tirotropina, Hormona Estimulante de la Tiroides (TSH) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.010 | Triyodotironina (T3) Libre | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.011 | Triyodotironina (T3) Total | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.013 | Tiroxina (T4) Libre | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.014 | Tiroxina (T4) Total | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.015 | Tiroglobulina | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.016 | Paratrina, Paratohormona (PTH) | Debe procesarse en sitio o envío 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 Laboratorio de referencia. |
| 40.09.019 | Cortisol | Debe procesarse en sitio o envío 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 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.025 | Folitropina, Hormona Estimulante del Folículo (FSH) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.026 | Lutropina, Hormona Luteinizante (LH) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.027 | Progesterona | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.028 | Estrógenos | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.029 | Estradiol (E2) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.033 | Testosterona Total | Debe procesarse en sitio o envío 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.036 | Dehidroepiandrosterona (DHEA) | Debe procesarse en sitio o envío 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.040 | Péptido C | Debe procesarse en sitio o envío 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.046 | Factor de Crecimiento Placentario | Debe procesarse en sitio o envío 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.048 | Colecalciferol (vitamina D3) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.049 | Cobalamina (vitamina B12) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.050 | Folatos | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.051 | 1, 25 Dihidroxivitamina D (Vitamina D2) | Debe procesarse en sitio. |
| 40.09.052 | Parathormona intacta | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.053 | Fracción BETA LIBRE H. Gonadotropina Coriónica, cuantitativa | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.09.054 | Troponina 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*

1. El equipo para Inmunoensayo deberá contar con los siguientes requisitos:

* 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, esto es, instalar un equipo que pueda procesar estudios de química clínica y hormonas en una misma plataforma (inmunoquímica).
* 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 proveedor proporcionará una centrifugadora con capacidad de acuerdo con la productividad de cada laboratorio 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. En el caso de controles liofilizados deberá dotarse de los bienes de consumo necesarios para la reconstitución adecuada.
* Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los controles.

b) El equipo Analizador de Marcadores Cardiacos deberá contar con los siguientes requisitos:

* Equipo para realizar la determinación de los siguientes estudios:
  + 1. 40.09.001 Troponina I/T Semicuantitativa
    2. 40.09.002 Péptido Natriurético B (BNP) Semicuantitativo
    3. 40.09.003 Mioglobina, semicuantitativa en sangre total
    4. 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 Cardiacos.
* En caso de ofertar un Analizador de Marcadores Cardiacos que no realice los 4 estudios estipulados (Troponina, BNP, Mioglobina y Procalcitonina), se podrán realizar por medio de pruebas rápidas (POC) semicuantitativas que cuenten con suficiente evidencia científica de correlación analítica y clínica con los equipos de referencia.
* Las Unidades sin equipo asignado pueden procesar el estudio por medio de prueba rápida (POC) semicuantitativa que cuente con suficiente evidencia científica de correlación analítica y clínica con los equipos de referencia
* 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.
* El proveedor deberá proponer un sistema de control de calidad externo apropiado para la realidad clínica y epidemiológica de la Unidad Médica.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 Laboratorio de Referencia. |
| 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.10.004 | Antígeno Carcinoembrionario (CEA) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.10.005 | Alfa 1 Feto Proteína (AFP) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.10.006 | Antígeno CA 125 | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.10.007 | Antígeno Prostático Específico Total | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.10.008 | Antígeno Prostático Específico Libre | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.10.009 | Fosfatasa Ácida | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.10.010 | Calcitonina | Se deberá enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 40.10.011 | Beta 2 Microglobulina | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 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 | Se deberá enviar a Laboratorio de Referencia. |

*Equipamiento para el grupo de Marcadores Tumorales*

* El procesamiento de estos estudios se realizará en los equipos para Inmunoensayo.

*Control de Calidad*

1. 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. En el caso de controles liofilizados deberá dotarse de los bienes de consumo necesarios para la reconstitución adecuada.
2. 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. |

\*\*\*Estas claves de estudio deberán ser procesadas en la unidad médica que tenga equipo asignado cuando la suma del requerimiento máximo de la Entidad por cada clave de estudio sea igual o mayor a 400 estudios por año. Para el caso de los estudios con requerimiento global menor a 400 estudios por año, el proveedor podrá considerar el proceso en sitio o el envío a un Laboratorio de Referencia. En las Unidades Médicas sin equipamiento asignado, los estudios se deberán enviar a un Laboratorio de Referencia.

*Equipamiento para el grupo de Autoinmunidad*

1. El equipo para Autoinmunidad 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 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.

1. El Microscopio de Fluorescencia deberá contar con los siguientes requisitos:

* Contar un equipo para teñir las muestras para las Unidades Médicas 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.
* Bienes de consumo necesarios y suficientes para el procesamiento de las muestras.

| **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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.008 | Anticuerpos (IgM) contra Citomegalovirus | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.009 | Anticuerpos (IgG) contra Antígeno Temprano (EA) de Epstein Barr | Debe procesarse en sitio, envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.010 | Anticuerpos contra Antígeno Nuclear de Epstein Barr | Debe procesarse en sitio, envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.011 | Anticuerpos (IgG) contra cápside (VCA) de Epstein Barr | Debe procesarse en sitio, envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.012 | Anticuerpos (IgM) contra cápside (VCA) de Epstein Barr | Debe procesarse en sitio, envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.013 | Anticuerpos (IgG) contra Herpes virus 1 y 2 | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.014 | Anticuerpos (IgM) contra Herpes virus 1 y 2 | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.015 | Anticuerpos (IgM) contra Virus de la Hepatitis A | Debe procesarse en sitio, envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.016 | Antígeno de superficie del Virus de Hepatitis B (HBsAg) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.017 | Anticuerpos contra Antígeno de superficie del Virus de Hepatitis B (anti-HBs) | Debe procesarse en sitio, 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.019 | Anticuerpos (IgM) contra core del Virus de Hepatitis B (anti-HBc) | Debe procesarse en sitio, envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.020 | Antígeno "e" del Virus de Hepatitis B (HBeAg) | Debe procesarse en sitio, 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.022 | Anticuerpos Totales contra VHC (Anti-VHC) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.023 | Antígeno Core del VHC (VHC-Agc) | Debe procesarse en sitio, envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.024 | Anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis D (VHD) | Debe procesarse en sitio. |
| 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.027 | Identificación de antígenos de VIH-1 (Western blot) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.033 | Anticuerpos (IgM) contra Rubéola | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.040 | Anticuerpos (IgM) contra Toxoplasma gondii | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.045 | Anticuerpos (IgM) contra Virus Dengue | Debe procesarse en sitio, envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.046 | Antígeno NS1 Virus Dengue | Debe procesarse en sitio, envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.047 | Anticuerpos (IgG) contra Chlamydophila pneumoniae | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.048 | Anticuerpos (IgM) contra Chlamydophila 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 Laboratorio de Referencia. |
| 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 Laboratorio de Referencia. |
| 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.072 | Prueba rápida de 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 Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.074 | Anticuerpos (IgM) contra Treponema pallidum | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 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 Coxsackievirus | 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 o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.087 | Anticuerpos (IgG) contra Virus Chikungunya | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.088 | Anticuerpos (IgM) contra Virus Chikungunya | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.089 | Anticuerpos (IgG) contra Virus Zika | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.12.090 | Anticuerpos (IgM) contra Virus Zika | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |

*Equipamiento para el Grupo de Serología*

1. El equipo para Serología deberá cumplir 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 proveedor proporcionará una centrifugadora con capacidad de acuerdo con la productividad 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. En el caso de controles liofilizados deberá dotarse de los bienes de consumo necesarios para la reconstitución adecuada.
* Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de los controles.

Se podrá 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.

1. El equipo para Inmunoblot 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 proveedor deberá proponer un sistema de control de calidad interno y externo apropiado para la realidad clínica y epidemiológica de la unidad médica.

Las Unidades Médicas que no tengan 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.

Las pruebas del grupo de Serología deberán procesarse en sitio para las Unidades Médicas trasplantadoras de órganos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grupo 13 Fármacos** | | |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones de los estudios** |
| 40.13.001 | Sirolimus | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.13.002 | Tacrolimus | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.13.003 | Ciclosporina | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.13.004 | Ácido Micofenólico | Envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.13.005 | Metotrexate | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.13.006 | Ácido valproico (Valproato) | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.13.007 | Difenilhidantoína | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.13.008 | Fenobarbital | Debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia. |
| 40.13.009 | Carbamacepina | Debe procesarse en sitio 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 Benzodiacepinas, * 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. |

*Equipamiento para el grupo de Fármacos*

1. El equipo para Inmunoensayo deberá contar con los siguientes requisitos:

* 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, esto es, instalar un equipo que pueda procesar estudios de química clínica y hormonas en una misma plataforma (inmunoquímica).
* 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 proveedor proporcionará una centrifugadora con capacidad de acuerdo con la productividad de cada laboratorio 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. En el caso de controles liofilizados deberá dotarse de los bienes de consumo necesarios para la reconstitución adecuada.
* 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*

1. El equipo 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.
* Se podrá realizar el proceso en el equipo asignado a química clínica. El proveedor 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 otros equipos.
* En todos los casos, el equipamiento deberá contar con suficiente evidencia científica de que los resultados son trazables a los estándares internacionales aplicables (p.ej. Programa de Estandarización Nacional de Hemoglobina Glicosilada - NGSP).

*Control de Calidad*

1. El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
2. Deberá incluir la entrega de materiales de control para el control de calidad interno mínimo a dos niveles; y control de calidad externo.
3. 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 Unidad Médica con Citómetro de Flujo Tipo 2 asignado.  Las Unidades Médicas 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 Unidad Médica con Citómetro de Flujo Tipo 2 asignado.  Las Unidades Médicas 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, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.004 | CD117 | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.005 | CD34 | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.006 | Panel de orientación para diagnóstico de Leucemias Agudas | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.007 | Inmunofenotipo para Leucemia Linfoblástica de linaje B | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.008 | Inmunofenotipo para Leucemia Linfoblástica de linaje T | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.009 | Inmunofenotipo para Leucemia Mieloide y Síndrome Mielodisplásico | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.010 | Inmunofenotipo para Células NK y Células Plasmáticas | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.011 | Enfermedad Mínima Residual Linaje Linfoide | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.012 | Enfermedad Mínima Residual | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.013 | CD 235a, Anticuerpos contra Glicoforina A | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.014 | Inmunofenotipo para Hemoglobinuria Paroxística Nocturna | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |
| 40.15.015 | Panel de detección de Inmunodeficiencias congénitas | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con el equipamiento para Citometría de Flujo o envío a laboratorio de referencia. |

Especificaciones para los estudios:

| **Clave 40.15.006 Panel de Orientación para el Diagnóstico de Leucemias Agudas** | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Podrán utilizarse cualquiera de los siguientes paneles: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Panel Orientador para Leucemia Aguda** | | | | | | | | | | | | | | |
| Tubo | Pacific Blue | OC515 | | | FITC | | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | | PE-Cyanine7 | | APC | APCH7 | |
| 1 | cyCD3 | CD45 | | | cyMPO | | cyCD79a | CD34 | | CD19 | | CD7 | smCD3 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Panel Orientador Linfoide** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tubo** | Pacific Blue | OC515 | | | FITC | | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | | PE-Cyanine7 | | APC | APCH7 | |
| **1** | CD20 / CD4 | CD45 | | | CD8 /sm Igλ | | CD56 / sm Igκ | CD5 | | CD19 / TCR γδ | | smCD3 | CD38 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Panel Orientador Linfoide para pequeña muestra** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tubo** | Pacific Blue | | OC515 | FITC | | PE | | | PercpCP-Cyanine5.5 | | PE-Cyanine7 | APC | | APCH7 |
| **1** | CD20 | | CD45 | CD8 /sm Igλ | | CD56 / sm Igκ | | | CD4 | | CD19 | smCD3 / CD14 | | CD38 |

| Clave 40.15.007 Inmunofenotipo para Leucemia Linfoblástica de Linaje B | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Podrán utilizarse cualquiera de los siguientes paneles: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Leucemia linfoblástica aguda de precursores de células B | | | | | | | | | |
| Tubo | Pacific Blue | OC515 | FITC | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | PE-Cyanine7 | APC | APCH7 |
| 1 | CD20 | CD45 | CD58 | CD66c | CD34 | CD19 | CD10 | CD38 |
| 2 | sm Igκ | CD45 | cy Igμ | CD33 | CD34 | CD19 | sm Igμ / CD117 | cy Igλ |
| 3 | CD9 | CD45 | nuTdT | CD13 | CD34 | CD19 | CD22 | CD24 |
| 4 | CD21 | CD45 | CD15 / CDw65 | NG2 | CD34 | CD19 | CD123 | CD81 |
|  | | | | | | | | |
| Síndromes Linfoproliferativos Crónicos de células B | | | | | | | | | |
| Tubo | Pacific Blue | OC515 | FITC | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | PE-Cyanine7 | APC | APCH7 |
| Limitado | | | | | | | | | |
| 1 | CD20 / CD4 | CD45 | CD8 / sm Igκ | CD56 / sm Igλ | CD5 | CD19 / TCRγδ | smCD3 | CD38 |
| 2 | CD20 | CD45 | CD23 | CD10 | CD79b | CD19 | CD200 | CD43 |
| Completo | | | | | | | | | |
| 3 | CD20 | CD45 | CD31 | CD305 (LAIR1) | CD11c | CD19 | sm Igμ | CD81 |
| 4 | CD20 | CD45 | CD103 | CD95 | CD22 | CD19 | CD185 (CXCR5) | CD49D |
| 5 | CD20 | CD45 | CD62L | CD39 | HLA DR | CD19 | CD27 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Clave 40.15.008 Inmunofenotipo para Leucemia Linfoblástica de Linaje T | | | | | | | | | |
| Podrán utilizarse cualquiera de los siguientes paneles: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Leucemia linfoblástica aguda de células T | | | | | | | | | |
| Tubo | Pacific Blue | OC515 | FITC | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | PE-Cyanine7 | APC | APCH7 |
| 1 | cyCD3 | CD45 | nuTdT | CD99 | CD5 | CD10 | CD1a | smCD3 |
| 2 | cyCD3 | CD45 | CD2 | CD117 | CD4 | CD8 | CD7 | smCD3 |
| 3 | cyCD3 | CD45 | TCRγδ | TCRαβ | CD33 | CD56 | cyTCRβ | smCD3 |
| 4 | cyCD3 | CD45 | CD44 | CD13 | HLA DR | CD45 RA | CD123 | smCD3 |
|  | | | | | | | | | |
| Síndromes Linfoproliferativos Crónicos de células T | | | | | | | | | |
| Tubo | Pacific Blue | OC515 | FITC | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | PE-Cyanine7 | APC | APCH7 |
| 1 | CD4 | CD45 | CD7 | CD26 | smCD3 | CD2 | CD28 | CD8 |
| 2 | CD4 | CD45 | CD27 | CD197 | smCD3 | CD45RO | CD45RA | CD8 |
| 3 | CD4 | CD45 | CD5 | CD25 | smCD3 | HLA DR | cyTCL 1 | CD8 |
| 4 | CD4 | CD45 | CD57 | CD30 | smCD3 | \* | CD11c | CD8 |
| 5 | CD4 | CD45 | cyPerforin | cyGranzyme | smCD3 | CD16 | CD94 | CD8 |
| 6 | CD4 | CD45 | \* | CD279 | smCD3 | \* | \* | CD8 |

| Clave 40.15.009 Inmunofenotipo para Leucemia Mieloide y Síndrome Mielodisplásico | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| Tubo | Pacific Blue | OC515 | FITC | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | PE-Cyanine7 | APC | APCH7 |
| Leucemia Mieloide Aguda / Síndrome Mielodisplásico | | | | | | | | | |
| 1 | HLA DR | CD45 | CD16 | CD13 | CD34 | CD117 | CD11b | CD10 |
| 2 | HLA DR | CD45 | CD35 | CD64 | CD34 | CD117 | CD300e (IREM2) | CD14 |
| 3 | HLA DR | CD45 | CD46 | CD105 | CD34 | CD117 | CD33 | CD71 |
| 4 | HLA DR | CD45 | nuTdT | CD56 | CD34 | CD117 | CD7 | CD19 |
| Leucemia Mieloide Aguda | | | | | | | | | |
| 5 | HLA DR | CD45 | CD15 | NG2 | CD34 | CD117 | CD22 | CD38 |
| 6 | HLA DR | CD45 | CD42a / CD61 | CD203c | CD34 | CD117 | CD123 | CD4 |
| Leucemia Mieloide Aguda - M7 | | | | | | | | | |
| 7 | HLA DR | CD45 | CD41a | CD25 | CD34 | CD117 | CD42b | CD9 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Clave 40.15.010 Inmunofenotipo para células NK y Células Plasmáticas | | | | | | | | |
| Podrán utilizarse cualquiera de los siguientes paneles: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Trastornos Linfoproliferativos Crónicos de Células NK | | | | | | | | |
| Tubo | Pacific Blue | OC515 | FITC | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | PE-Cyanine7 | APC | APCH7 |
| 1 | CD2 | CD45 | CD7 | CD26 | smCD3 | CD56 | CD5 | CD19 |
| 2 | CD16 | CD45 | CD57 | CD25 | smCD3 | CD56 | CD11c | CD19 |
| 3 | HLA DR | CD45 | cyPerforin | cyGranzymeB | smCD3 | CD56 | CD94 | CD19 |
|  | | | | | | | | |
| Discrasias de Células Plasmáticas | | | | | | | | |
| Tubo | Pacific Blue | OC515 | FITC | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | PE-Cyanine7 | APC | APCH7 |
| 1 | CD45 | CD138 | CD38 | CD56 | β2 micro | CD19 | cy Igκ | cy Igλ |
| 2 | CD45 | CD138 | CD38 | CD28 | CD27 | CD19 | CD117 | CD81 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Clave 40.15.011 Enfermedad Mínima Residual Linaje Linfoide | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Enfermedad Mínima Residual. Leucemia Linfoblástica Aguda | | | | | | | | |
| Tubo | Pacific Blue | OC515 | FITC | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | PE-Cyanine7 | APC | APCH7 |
| 1 | CD20 | CD45 | CD81 | CD66c / CD123 | CD34 | CD19 | CD10 | CD38 |
| 2 | CD20 | CD45 | CD81 | CD73 / CD304 | CD34 | CD19 | CD10 | CD38 |

| Clave 40.15.012 Enfermedad Mínima Residual | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Podrán utilizarse cualquiera de los siguientes paneles: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Enfermedad Mínima Residual. Mieloide | | | | | | | | |
| Tubo | BV-421 | BV 510 | FITC | PE | PercpCy5.5 | PECy7 | APC | APCH7 |
| 1 | HLA-DR | CD45 | CD15 | CD13 | CD34 | CD117 | CD7 | CD4 |
| 2 | HLA-DR | CD45 | CD16 | CD25 | CD34 | CD117 | CD11b | CD9 |
| 3 | HLA-DR | CD45 | CD35 | CD56 | CD34 | CD117 | CD22 | CD10 |
| 4 | HLA-DR | CD45 | CD36 | CD64 | CD34 | CD117 | CD33 | CD14 |
| 5 | HLA-DR | CD45 | CD41a | CD105 | CD34 | CD117 | CD42b | CD19 |
| 6 | HLA-DR | CD45 | CD42a | CD203 | CD34 | CD117 | CD123 | CD38 |
| 7 | HLA-DR | CD45 | CD61 | NG2 | CD34 | CD117 | IREM2 | CD71 |
|  |  |  | TDT |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
| Enfermedad Mínima Residual. Mieloma Múltiple | | | | | | | | |
| Tubo | BV-421 | BV 510 | FITC | PE | PercpCy5.5 | PECy7 | APC | APCH7 |
| 1 | CD138 | CD27 | CD38 | CD56 | CD45 | CD19 | CD117 | CD81 |
| 2 | CD138 | CD27 | CD38 | CD56 | CD45 | CD19 | cy Igκ | cy Igλ |
|  | | | | | | | | |
| Células Plasmáticas Tumorales Circulantes | | | | | | | | |
| Tubo | BV-421 | BV 510 | FITC | PE | PercpCy5.5 | PECy7 | APC | APCH7 |
| 1 | CD138 | CD27 | CD38 | CD56 | CD45 | CD19 | CD117 | CD81 |
| 2 | CD138 | CD27 | CD38 | CD56 | CD45 | CD19 | Cy Igκ | Cy Igλ |

|  |  |
| --- | --- |
| Clave 40.15.013 Anticuerpos contra Glicoforina A | |
| Tubo | Marcador |
| 1 | CD235a |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Clave 40.15.014 Inmunofenotipo para Hemoglobinuria Paroxística Nocturna | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Tubo | Pacific Blue | OC515 | FITC | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | PE-Cyanine7 | APC | APCH7 |
| 1 | CD64 | CD45 | FLAER | CD157 | CD15 | CD16 | CD14 | CD24 |
| 2 | \* | CD45 | CD66b | CD24 | CD15 | CD16 | \* | \* |
| 3 | \* | \* | CD235a | CD59 | CD45 | \* | \* | \* |

|  |  |
| --- | --- |
| Clave 40.15.015 Panel Detección de Inmunodeficiencias Congénitas | |
| Célula | Marcador |
| Células B | CD3-CD19+, CD20+ o CD3-HLA-DR+ |
| Células T maduras (periféricas) | CD3+ |
| Células T helper o cooperadoras | CD3+ CD4+ |
| Células T supresoras/citotóxicas | CD3+ CD8+ |
| Células NK | CD3–, CD16+ o CD56+ |
| Células T activadas | CD3+, HLA-DR+ |

| Clave 40.15.016 Activación de Basófilos | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Panel para activación de Basófilos | | | | | | | | |
| Tubo | FITC | FITC | PE | PercpCP-Cyanine5.5 | PercpCP-Cyanine5.5 |  |  |  |
| 1 | IgE o fMLP | CD63 | CD123 | HLA DR | HLA DR |  |  |  |
| Deben contemplar la dotación de los reactivos enlistados | | | | | | | | |
| Reactivos | | Solución Salina | | | | | | |
| Solución Salina PBS | | | | | | |
| Albúmina Bovina 22% | | | | | | |
| Cloruro de Calcio (sal) | | | | | | |
| Agua Bidestilada | | | | | | |
| Cloruro de Amonio (sal) | | | | | | |
| Bicarbonato de Sodio (sal) | | | | | | |
| Formaldehído | | | | | | |
| EDTA (sal) | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Clave 40.15.017 DHR, Dihidrorodamina (Estallido Respiratorio) | |
| Deben contemplar la dotación de los reactivos enlistados | |
| Reactivos | DHR (Dihidrorodamina) Invitrogen® |
| DMSO Invitrogen® |
| Phorbol 12-Myristate 13-acetate Promega® |
| PBS - Phosphate-Buffered Saline (1X) |

|  |  |
| --- | --- |
| Clave 40.15.018 Panel para Linfocitos T / B y NK | |
| Panel para Linfocitos T / B y NK | |
| Tubo | Marcador |
| 1 | CD3 / CD4 / CD8 / CD16 / CD19 / CD45 / CD56 |

*Equipamiento para el grupo de Citometría*

1. El equipamiento para el grupo de Citometría de Flujo tipo 1 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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 sistema agitador de balanza para mezclado de los tubos por cada Unidad Médica que tenga equipo un citómetro de flujo, así como pipetas automáticas certificadas y los bienes de consumo necesarios para la preparación de las muestras.
* Se deberá considerar la dotación de tubo con conservador de células por cada estudio.

*Control de Calidad*

* El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
* Incluir la dotación de muestras control para el control de calidad interno e inscribir a las Unidades que tengan instalado un citómetro de flujo a un control de calidad externo.
* Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de las muestras control.

1. El equipamiento para el grupo de Citometría de Flujo tipo 2 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.
* Incluir la dotación de muestras control para el control de calidad interno e inscribir a las Unidades que tengan instalado un citómetro de flujo a un control de calidad externo.
* Deberá incluir cuando menos una corrida diaria de las muestras control.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grupo 16 Citogenética** | | |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones de los estudios** |
| 40.16.001 | Prueba manual de cariotipo en sangre periférica o líquido amniótico | Debe procesarse en sitio |
| 40.16.002 | Prueba manual de cariotipo en médula ósea | Debe procesarse en sitio |

Por Unidad Médica, se deberá contemplar la dotación de:

* Un baño maría.
* Una centrífuga por cada Unidad Médica.

Por cada microscopio asignado, la dotación de:

* Monitor para permitir la visualización de las imágenes de las metafases vinculadas con la cámara.
* Una micropipeta Volumen Variable 10 - 100 µl.
* Una Micropipeta Volumen Variable 100 - 1000 µl.
* El equipamiento complementario necesario para el procesamiento apropiado de las muestras.

Adicionalmente, se requiere la dotación de los siguientes reactivos:

| **No.** | **Reactivo** | **Consumo por prueba** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Medio de Cultivo McCoy (con L-Glutamina y NAHCO3) frasco 500 ml o Cultivo RPMI 1640 Medium (con L-Glutamina) | 4.5 mililitros |
| 2 | Suero Fetal Bovino RCT (libre de virus y micoplasma) | 0.5 mililitros |
| 3 | Fitohemaglutinina frasco 5 mililitros | 0.2 mililitros |
| 4 | Colchicina frasco 5 mililitros o Colcemid frasco 10 mililitros | 0.15 mililitros |
| 5 | Cloruro de Potasio (KCl) frasco de 500g | 7 mililitros |
| 6 | Fosfato de Potasio Monobásico o Fosfato de Potasio Dibásico, frasco 500g | 1 frasco cada 6 meses |
| 7 | Fosfato de potasio frasco 500g | 1 frasco cada 6 meses |
| 8 | Fosfato de Disodio | 50 mililitros |
| 9 | Fijador de Carnoy | 34 mililitros |
| 10 | Sal disódica de EDTA | 30 mg por día |
| 11 | Tripsina | 30 mg por día |
| 12 | Alcohol Etílico Frasco 1000ml | 70 mililitros |
| 13 | Alcohol Metílico Frasco 1000 ml | 70 mililitros |
| 14 | Ácido Acético Glacial Frasco 1000ml | 70 mililitros |
| 15 | Agua destilada (porrón) |  |
| 16 | Colorante de Giemsa |  |
| 17 | Colorante de Wright |  |

Así como la dotación de los siguientes materiales:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Insumo | Consumo por prueba | Consideraciones |
| Tubo cónico de 15 ml de plástico con tapa en rosca | 2 tubos por prueba | Considerar una merma del 10% |
| Tubo con heparina de sodio 6 ml. | 1 tubo por prueba | Considerar una merma del 10% |

Asimismo, se deberá contemplar la instalación de un sistema automatizado para cariotipado (búsqueda o detección, reubicación y adquisición desatendida de extendidos en metafase), basado en una plataforma de escaneo por medio de microscopio, cuya funcionalidad sea:

* Encontrar extensiones en metafase.
* Analizar las imágenes en metafase (mejora de imágenes, separación de cromosomas, cariotipado en pantalla y documentación de resultados).
* Almacenar los datos de posición y muestras a través de una galería interactiva (Fotodocumentador).
* Exportar la información al Sistema de Información del Laboratorio, medios externos y bases de datos.
* La cámara deberá ser compatible con el microscopio y el sistema buscador de metafases por cada microscopio asignado.

| **Grupo 17 Electroforesis** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones de los estudios** |
| 40.17.001 | Electroforesis de Hemoglobina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.17.002 | Electroforesis de Proteínas en orina | Se deberá enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 40.17.003 | Electroforesis de Proteínas en orina (Inmunofijación) | Se deberá enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 40.17.004 | Electroforesis de Proteínas en suero | Se deberá enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 40.17.005 | Electroforesis de Proteínas en suero (Inmunofijación) | Se deberá enviar a Laboratorio de Referencia. |
| 40.17.006 | Electroforesis de Lipoproteínas | Envío a Laboratorio de Referencia |

*Equipamiento para el Grupo de Electroforesis*

1. El equipamiento para el grupo de electroforesis y electroforesis en gel 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.
* Pipetas automáticas certificadas y los bienes de consumo necesarios para la preparación de las muestras.

*Control de Calidad*

* El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
* Incluir la dotación de muestras control para el control de calidad interno.
* Deberá incluir cuando menos una corrida de las muestras control los días de proceso.

| **Grupo 18 Histocompatibilidad** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones de los estudios** |
| 40.18.001 | Prueba cruzada por citometría de flujo para linfocitos totales y con separación de linfocitos T y B (prueba inicial, pretrasplante y cadavérico). | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |
| 40.18.002 | Prueba cruzada por microlinfocitotoxicidad dependiente de complemento para linfocitos totales y con separación de linfocitos T y B | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |
| 40.18.003 | HLA para Locus A, B, C/DR, DQ, DP (método de baja/mediana resolución). Trasplante Renal | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |
| 40.18.004 | HLA para Locus A, B, C/DR, DQ, DP (método de alta resolución). Trasplante CTH | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |
| 40.18.005 | HLA, Método de secuenciación para CTH | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |
| 40.18.006 | Prueba para determinar el Panel Reactivo de Anticuerpos HLA por fluorimetría, empleando Ag Clase I, % PRA específico. | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |
| 40.18.007 | Prueba para determinar el Panel Reactivo de Anticuerpos HLA por fluorimetría, empleando Ag Clase II, % PRA específico | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |
| 40.18.008 | Prueba para la detección de anticuerpos contra HLA donador específico, antígeno único, Clase I | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |
| 40.18.009 | Prueba para la detección de anticuerpos contra HLA donador específico, antígeno único, Clase II | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |
| 40.18.010 | Anticuerpos anti-HLA fijadores de complemento (C1q) | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |
| 40.18.011 | Prueba de Quimerismo hematopoyético | Debe procesarse en sitio, o envío a laboratorios de referencia en Histocompatibilidad. |

*Equipamiento complementario mínimo para el grupo de Histocompatibilidad*

Deberá contemplar la dotación, por Unidad Médica, de:

* Centrífuga para tubo de eppendorf.
* Centrifuga para microplaca
* Microcentrifuga para tubo
* Agitador tipo Vortex
* Horno de microondas
* Pipeta monocanal de volumen 2-20 µl
* Pipeta monocanal de volumen 10-100 µl
* Pipeta monocanal de volumen 100-1000 µl
* Pipeta multicanal (8 canales) de volumen 10-100 µl
* Pipeta multicanal (8 canales) de volumen 50-500 µl
* Micropipeta de volumen variable de 0.5 – 10 µl
* Micropipeta de volumen variable de 10 – 100 µl
* Micropipeta de volumen variable de 100 – 1000 µl

Se deberá instalar un sistema automatizado para la búsqueda de histocompatibilidad para los locus A, B, C, DR, DQ y DP, compatible con el sistema de fluorimetría.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grupo 19 Micobacterias** | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.19.06 | Cuantificación de amonio por ADA | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.08 | Amplificación genética automatizada para Mycobacterium tuberculosis con resistencia a rifampicina | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |

Para la clave 40.19.08, las Unidades Médicas que no cuenten con equipo de biología molecular asignado, podrán enviarse el estudio a Laboratorio de Referencia. Para las Unidades Médicas que tengan asignados equipo de Biología Molecular Tipo 1, Tipo 2 o Tipo 4, deberá procesarse en estos equipos la totalidad de las muestras de la entidad.

| **Grupo 19 Micobacterias** | | |
| --- | --- | --- |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.19.01 | Descontaminación de muestras (Petroff modificado) | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.02 | Baciloscopia por Ziehl Neelsen | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.03 | Baciloscopia por Auramida | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.04 | Cultivo en medio sólido Lowenstein-Jensen | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.05 | Cultivo en medio líquido | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.07 | Identificación de género y especie por técnicas enzimáticas | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.09 | Cuantificación de ácidos nucleicos para Mycobacterium tuberculosis (PCR en tiempo real) | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.10 | Sensibilidad a fármacos de primera línea para Mycobacterium tuberculosis | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.11 | Sensibilidad a fármacos de segunda línea para Mycobacterium tuberculosis | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.12 | Hibridación para identificación de especies de micobacterias | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.13 | Genotipificación para identificación de especies de micobacterias | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.19.14 | Prueba de Quantiferon | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |

*Equipamiento complementario para el grupo de Micobacterias*

Se deberá considerar el equipamiento siguiente:

* Gabinete de bioseguridad de acuerdo con las recomendaciones internacionales aplicables
* Centrífuga para tubo de Eppendorf
* Centrífuga refrigerada para tubo
* Agitador tipo Vortex
* Balanza
* Incubadora de CO2
* Equipo de protección personal suficiente para los operadores del servicio

Adicionalmente, se deberá dar cumplimiento a los Lineamientos de Vigilancia por Laboratorio de la Tuberculosis, emitido por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), para la prestación del servicio.

| **Grupo 20 Biología Molecular** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.20.001 | PCR múltiple para la detección de patógenos respiratorios | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.20.002 | PCR múltiple para la detección de patógenos digestivos | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.20.003 | PCR múltiple para la detección de patógenos meníngeos | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.20.004 | PCR múltiple para la detección de patógenos causantes de sepsis | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.20.005 | PCR múltiple para la detección de patógenos causantes de neumonía | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.20.006 | Mutación en el exón 14 del gen JAK2 (Jack2 V617F) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.007 | Mutación del gen BTG1 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.008 | Mutación en el exón 12 del gen JAK2 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.009 | Mutación en el gen de calreticulina (CALR) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.010 | Reordenamiento del gen RARα (17q21.2) y PML (15q24.1); t15;17) | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.011 | Mutación en el gen IKAROS (IKZF1) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.012 | Mutación del gen FLT3 (FLT3-ITD) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.013 | Detección de mutaciones en c-KITT | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.014 | Mutación en el exón 12 del gen NPM1 (NPM1-A) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.015 | Mutación del gen CEBPA | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.016 | Gen de fusión TEL/AML1 o ETV6/RUNX1; t (12:21) (p13;q22) | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.017 | Amplificación de ácidos nucléicos de Adenovirus | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.018 | Cuantificación de BCR-ABL1 [t (9;22) (q34.1;q11)] | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.019 | Mutación del gen del Factor V de Leyden | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.020 | Identificación de mutaciones en los genes de proteasa, integrasa, transcriptasa reversa nucleósido y no nucleósido del VIH por genotipificación | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.021 | Genotipo del Virus de la Hepatitis C | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.022 | Amplificación de ácidos nucleicos de Chlamydia trachomatis | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.023 | Amplificación de ácidos nucleicos del Virus Papiloma Humano (VPH) | Debe procesarse en sitio, o envío al Laboratorio de Referencia, deberá reportar como mínimo los siguientes genotipos: HPV 16 y HPV 18. |
| 40.20.024 | Gen de fusión TCF3/PBX1; t (1:19) (q23;p13) | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.025 | Gen de fusión BCR/ABL; t(9:22) (q34;q11) p190 | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.026 | Gen de fusión BCR/ABL; t (9:22) (q34;q11) p210 | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.027 | Gen de fusión BCR/ABL; t(9:22)(q34;q11) p230 | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.028 | Gen de fusión AML1/ETO; t(8:21)(q22;q22) | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.029 | Gen de fusión CBFβ/MYH11; inv(16) (p13q22) | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.030 | Factor 1 de células B temprano (EBF1) | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.031 | Translocación del gen PAX5; t9;14) (p13; q32) | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.032 | Deleción del gen RB1; del13q14) | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.20.033 | PCR múltiple para el tamizaje, traslocaciones asociadas a leucemia | Proceso en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |

*Equipamiento para el grupo de Biología Molecular*

1. El equipamiento para el grupo de Biología Molecular deberá contar con los siguientes requisitos:

* El equipo deberá ser suficiente para cumplir el proceso de los estudios durante la jornada laboral de trabajo.
* Podrán ofertarse equipos de tipo modular con el fin de incrementar el rendimiento en la jornada de trabajo.
* Software de operación en español.
* Puerto de comunicación para interfaz.
* En caso de requerir impresora, deberá considerar los insumos mensuales para esta.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.
* Pipetas automáticas certificadas y los bienes de consumo necesarios para la preparación de las muestras.

*Control de Calidad*

* El proveedor deberá proponer un sistema de control de calidad interno y externo apropiado para la realidad clínica y epidemiológica de la Unidad Médica.

Se podrán procesar estos estudios en los equipos de otros grupos de estudios (como es el caso del Equipo de Carga Viral) 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 21 Carga Viral** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.21.001 | Carga Viral de VIH | Debe procesarse en sitio, envío a Unidad Médica con equipamiento asignado o envío al Laboratorio de Referencia |
| 40.21.002 | Carga Viral de Hepatitis B | Se podrá procesar en sitio, envío a Unidad Médica con equipamiento asignado, o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.21.003 | Carga Viral de Hepatitis C | Se podrá procesar en sitio, envío a Unidad Médica con equipamiento asignado, o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.21.004 | Carga Viral de Citomegalovirus | Se podrá procesar en sitio, envío a Unidad Médica con equipamiento asignado, o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.21.005 | Carga Viral de Herpes 1 y 2 | Se podrá procesar en sitio, envío a Unidad Médica con equipamiento asignado, o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.21.006 | Carga Viral de Epstein Barr | Se podrá procesar en sitio, envío a Unidad Médica con equipamiento asignado, o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.21.007 | Carga Viral de BK | Se podrá procesar en sitio, envío a Unidad Médica con equipamiento asignado, o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.21.008 | Carga Viral de Parvovirus B-19 | Se podrá procesar en sitio, envío a Unidad Médica con equipamiento asignado, o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.21.009 | Carga Viral de JC Virus | Se podrá procesar en sitio, envío a Unidad Médica con equipamiento asignado, o enviar a Laboratorio de Referencia |

*Equipamiento para el Grupo de Carga Viral*

1. El equipamiento para el grupo de Biología Molecular 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.
* Pipetas automáticas certificadas y los bienes de consumo necesarios para la preparación de las muestras.

*Control de Calidad*

* El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
* Incluir la dotación de muestras control para el control de calidad interno.
* Deberá incluir cuando menos una corrida de las muestras control los días de proceso.

Las Unidades Médicas que no cuenten con equipos de biología molecular asignado (Tipo 1, Tipo 2 o Tipo 4) podrán enviarse los estudios a Laboratorios de Referencia. Las Unidades Médicas que tengan asignados equipo de Biología Molecular Tipo 1, Tipo 2 o Tipo 4, podrán procesar en estos equipos la totalidad de sus muestras.

Las pruebas del grupo de Carga Viral deberán procesarse en sitio para las Unidades Médicas trasplantadoras de órganos.

| **Grupo 22 FISH** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.22.001 | Trisomía 13 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.002 | Trisomía 21 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.003 | Trisomía 18 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.004 | Síndrome de DiGeorge | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.005 | Síndrome Prader-Willi | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.006 | Síndrome de Williams | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.007 | Síndrome de Turner | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.008 | Síndrome Cri du chat | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.009 | Síndrome de deleción 1p36 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.010 | Síndrome de Miller-Dieker | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.011 | Síndrome de Smith-Magenis | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.012 | Ictiosis ligada al cromosoma X | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.013 | Síndrome Wolf-Hirschhorn | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.014 | Gen de fusión BCR/ABL; t (9;22) (q34.1;q11) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.015 | Reordenamiento del gen RAR? (17q21) y PML (15q22); t15;17) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.016 | Gen de fusión AML1/ETO; t(8;21)(q22;q22) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.017 | Reordenamientos del gen MLL/ALL1/HRX (11q23) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.018 | Deleción de gen EGR1; del(5q31) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.019 | Fusión del gen CBF? /MYH11; inv(16) (p13q22) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.020 | Gen TCF3/PBX1; t (1;19) (q23; p13) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.021 | Pérdida del gen TP53; del(17p13) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.22.022 | Translocación de IGH/FGFR3; t(4;14) (p16;q32) | Envío a Laboratorio de Referencia |

| **Grupo 23 Estudios Especiales** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.23.001 | Heparina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.002 | Eritropoyetina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.003 | Hungtintina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.004 | Ácido Vanililmandélico en orina, concentración 24 horas | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.005 | Catecolaminas Urinarias | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.006 | Anticuerpos contra Strongyloides | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.007 | Alfa Galactosidasa A | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.008 | Prueba Rápida de detección del antígeno NS1 Zika | Debe procesarse en sitio o envió a laboratorio de referencia |
| 40.23.009 | Catecolaminas plasmáticas | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.010 | Leptina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.011 | Metanefrinas en orina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.012 | Metanefrinas en plasma | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.013 | Renina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.014 | Ácido Homovanílico en orina de 24 horas | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.015 | Adiponectina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.016 | Angiotensina II | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.017 | Anticuerpos contra Transportador de Zinc 8 (ZnT-8) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.018 | Lipocalina asociada a Gelatinasa de Neutrófilos (NGAL) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.019 | Pepsinógeno II | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.020 | Péptido Intestinal Vasoactivo | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.021 | Polipéptido pancreático | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.022 | Ácidos orgánicos en orina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.023 | Cloruros en sudor | Se podrá procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.024 | Biotinidasa | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.025 | Galactosa 1 Fosfato Uridil Transferasa | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.026 | Galactosa | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.027 | Glucosa 6-Fosfato Deshidrogenasa (G6PDH) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.028 | Mucopolisacáridos | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.029 | Tripsina (Tripsinógeno) Inmunoreactivo Neonatal (IRT Neonatal) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.030 | Haptoglobina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.031 | Cuantificación de Aminoácidos en suero/plasma/orina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.032 | Anticuerpos (IgA) contra Beta 2 glicoproteína 1 | Se podrá procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.033 | Anticuerpos (IgG) contra Beta 2 glicoproteína 1 | Se podrá procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.034 | Anticuerpos (IgM) contra Beta 2 glicoproteína 1 | Se podrá procesar en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.035 | Anticuerpos (IgG) contra Membrana Basal Glomerular | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.036 | Anticuerpos contra 21 hidroxilasa | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.037 | Anticuerpos contra Glutamato Descarboxilasa (GAD) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.038 | Bandas oligoclonales en Líquido Cerebro Espinal | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.039 | Inmunoglobulina Inhibidora de la Unión a Tirotropina (TBII) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.040 | Anticuerpos (IgG e IgM) contra Chikungunya | Prueba Rápida, debe procesarse en sitio o envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.041 | Acilcarnitinas | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.042 | D-xilosa | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.043 | Elastasa fecal | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.044 | Porfirinas en orina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.045 | Ácido Aminolevulínico en orina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.046 | Complemento CH50 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.047 | Porfobilinógeno plasmático | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.048 | Actividad de Heparina por anti-Xa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.049 | Ácidos Grasos Libres en Suero | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.050 | Inmunoglobulina D (IgD) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.051 | Inmunoglobulina E (IgE) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.052 | Inhibidor Complemento C1 esterasa | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.053 | Interleucina 1 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.054 | Interleucina 6 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.055 | Interleucina 8 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.056 | Interleucina 12 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.057 | Subclases de IgG (1,2,3,4) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.058 | IGF unido a proteína 3 (IGFBP-3) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.059 | Prueba del aliento con urea (PAU) para detección de H. pylori | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.060 | Dopamina | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.061 | Telopéptido C de Colágeno tipo 1 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.062 | Telopéptido N de Colágeno tipo 1 | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.063 | Vasopresina, Hormona Antidiurética | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.064 | NASH-FibroTest (FibroMax) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.065 | FibroTest | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.066 | ActiTest | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.067 | Quantose RI | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.068 | Proteina 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.069 | Péptido Beta Amiloide 42 (Proteína Tau) | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.070 | Panel de Alergenos | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.071 | Tamiz Prenatal de ADN fetal en sangre materna | Envío a Laboratorio de Referencia |
| 40.23.072 | Análisis físico químico de Litos | Envío a Laboratorio de Referencia |

Para los paquetes: 15) Citometría de flujo, 16) Citogenética, 17) Electroforesis, 18) Histocompatibilidad, 19) Micobacterias, 20) Biología molecular, 21) Carga viral y 23) Estudios especiales, se podrá resolver la carga de trabajo, bajo las tres variantes siguientes:

* + - 1. Realizarlas en otro equipo asignado en la unidad.
      2. Concentrarla en la unidad que cuente con el equipo para dicha prueba.
      3. Enviar a un laboratorio de referencia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grupo 24 Parasitología** | | |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.24.001 | Amiba en fresco | Prueba manual. Debe procesarse en sitio. |
| 40.24.002 | Citología de moco fecal | Prueba manual. Debe procesarse en sitio. |
| 40.24.003 | Coproparasitoscópico | Prueba manual. Debe procesarse en sitio. |
| 40.24.004 | Coprológico | Prueba manual. Debe procesarse en sitio. |

*Equipamiento para el grupo de Parasitología*

El equipamiento para el grupo de Parasitología deberá cumplir con los siguientes requisitos:

* Deberá proporcionar un microscopio de campo claro con oculares 10X y objetivos 10X, 40X y 100X como mínimo.
* Deberá proporcionar lámina portaobjetos y cubreobjetos, papel indicador universal de pH, así como también tubos cónicos plásticos, tubos de concentración parasitaria fecal y solución salina al 0.85 %.
* Deberá contemplar la dotación de insumos para las siguientes tinciones: Giemsa, Lugol, tricrómica y azul de metileno.

En virtud de las necesidades particulares que poseen las unidades médicas de tercer nivel como los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE) y el Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP) para la prestación de los servicios médicos, se indican a continuación los grupos de pruebas adicionales requeridos por cada unidad médica de este tipo:

| **Grupo 25A Pruebas de Alta Especialidad (para las partidas de HRAE y HEP)** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.25A.001 | Oh Pregnenolona | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.002 | Hidroxyprogesterona | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.003 | Vldl - Colesterol | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.004 | 5´Nucleotidasa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.005 | 7 Dehidrocolesterol | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.006 | Antiestreptolisinas (Aso) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.007 | Adenosin Deaminasa En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.008 | Adenovirus Respiratoria | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.009 | Proteinas Urinarias Y En Líquidos Biológicos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.010 | Reticulocitos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.011 | Anticuerpos Anti Actina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.012 | Anticuerpos Anti Adenovirus | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.013 | Porcentaje De Blastos En Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.014 | Anticuerpos Anti Amibianos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.015 | Alfafetoproteina En Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.016 | Anticuerpos Anti Anexina V (Igg, Igm) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.017 | Anticuerpos Anti Asialoglicoproteina (Asgp)(Igg, Igm) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.018 | Anticuerpos Anti Brucella (Igg, Igm) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.019 | Anticuerpos Anti Canales De Potasio | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.020 | Anticuerpos Anti Cardiolipinas (Igg, Igm) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.021 | Anticuerpos Anti Chlamidia Tracomatis | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.022 | Anticuerpos Anti Cisticerco En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.023 | Electrolitos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.024 | Anticuerpos Anti Cisticerco En Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.025 | Anticuerpos Anti Citosol Hepatico 1 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.026 | Anticuerpos Anti Endomiciales | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.027 | Anticuerpos Anti Fashiola Hepatica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.028 | Anticuerpos Anti Herpes Virus 8 Igg | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.029 | Anticuerpos Anti Jo1 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.030 | Anticuerpos Anti Leishmania | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.031 | Anticuerpos Anti Listeria | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.032 | Anticuerpos Anti Microsomales | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.033 | Antigenos Para Aglutinacion Producidos Por Microorganismos Del Género: Salmonella Y Brucella. Juego Compuesto De: Tifico O, Tifico H, Paratifico A, Paratifico B, Proteus Ox 19 Y Brucella Abortus | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.034 | Anticuerpos Anti Musculo Estriado | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.035 | Anticuerpos Anti Musculo Liso | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.036 | Rosa De Bengala, Aglutinación En Placa Para Diagnóstico De Brucelosis | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.037 | Anticuerpos Anti Nucleares. Metodo Ifa Cel Hep-2 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.038 | Ige Especifica Para Dermatophagoides Pteronyssinus | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.039 | Acido Homovanilico En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.040 | Acido Vanilmandelico En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.041 | Ige Especifica Para Dermatophagoides Farinae | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.042 | Aluminio En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.043 | Anticuerpos Anti Smith | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.044 | Anticuerpos Anti Ssa (Ro) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.045 | Anticuerpos Anti Ssb (La) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.046 | Anticuerpos Anti Tripanosoma Cruzi (Chagas) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.047 | Anticuerpos Anti Adrenales | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.048 | Anticuerpos Anti Tuberculosis | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.049 | Anticuerpos Anti Candida Ssp | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.050 | Antigeno De Factor De Von Willebrand | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.051 | Anticuerpos Anti Leptospira | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.052 | Anticuerpos Anti P-Ribosomal | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.053 | Anticuerpos Anti Receptor De Tsh | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.054 | Antigeno Soluble Hepatico | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.055 | Anticuerpos Para Detección De Vih 1 Y 2 De Cuarta Generación (Combo Ag, Ac Y P24) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.056 | C5 (Componente De Complemento) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.057 | Calculo Biliar, Analisis De | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.058 | Calculo Renal, Análisis Con Fotografia | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.059 | Citrato En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.060 | Clonazepam En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.061 | Cobre En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.062 | Cobre En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.063 | Coproantigeno De Helicobacter Pylori | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.064 | Estrona | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.065 | Factor H | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.066 | Factor I | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.067 | Ac. Anti Hepatitis “A” Virus Igg Y/O Anticuerpos Anti Hepatitis "A" Totales (Hav-Total) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.068 | Hormona Antimulleriana | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.069 | Interleucinas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.070 | Lamotrigina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.071 | Mielina Ligada A Glicopropteina (Mag), Igm | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.072 | Osmolaridad Urinaria | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.073 | Oxalato En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.074 | Anticuerpos Anti Ag "S" Hepatitis B (Hbsac) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.075 | Anticuerpos Anti Ag "E" Hepatitis B (Hbeac) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.076 | Anticuerpos Anti Ag "Core" Hepatitis B Totales | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.077 | Antígeno "S" De Hepatitis B (Australia) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.078 | Prueba De Hemólisis En Sangre (Donath – Landsteiner) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.079 | Cuantificacion De Acido Folico | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.080 | Cuantificacion De Alfafetoproteina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.081 | Benzodiacepinas En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.082 | Beta Lactoglobulina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.083 | Carbamazepina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.084 | Caseina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.085 | Hormona Antimuelleriana | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.086 | Cortisol En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.087 | Complemento Hemolitico Al 50% | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.088 | Cuantificacion De Hormona Paratiroidea Humana Biológicamente Activa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.089 | Cuantificacion De Methotrexate | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.090 | Deoxicorticosterona | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.091 | Cuantificacion De Prolactina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.092 | Enterovirus Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.093 | Factor Igf-1 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.094 | Perfil De Esclerosis Sistemica (Scl-70, Centromero A, Centromero B, Rnapol Iii 11 Kda, Rna Pol Iii 155 Kda, Fibrina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.095 | Perfil Metabolico Neonatal Ampliado | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.096 | Fenilalanina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.097 | Proteina "C" | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.098 | Proteina "S" | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.099 | Fragilidad Osmotica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.100 | Fructosamina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.101 | Galactosa En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.102 | Glicoproteinas Plaquetarias | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.103 | Herpes Simplex 1/2 Igm, Igg Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.104 | Aberraciones Cromosomicas Espontaneas E Inducidas, Estudio Citogenetico Para | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.105 | Alfa-1-Antitripsina Fenotipo | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.106 | Analisis De Delecciones En Distrofia Muscular De Duchenne | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.107 | Analisis De Metilacion De Adn Para Prader Willi/Angelman | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.108 | Analisis De Mutacion De Fenilcetonuria | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.109 | Cariotipo En Sangre Periferica Con Bandas G | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.110 | Cariotipo En Medula Osea/Sangre Oncologica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.111 | Cariotipo En Fibroblastos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.112 | Cariotipo En Sangre Periferica Con Bandas G, Alta Resolucion (En Prometafase) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.113 | Cariotipo En Sangre Periferica Con Bandas G, Resolucion Estandar (En Metafase ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.114 | Cariotipo Para Fragilidad Cromosomica (Bandas G) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.115 | Cariotipo Para X-Fragil (Bandas G) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.116 | Enfermedad De Orina Color Jarabe De Arce, Analisis De Mutacion | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.117 | Estudio Molecular Para Deficiencia De Glucosa-6-Fosfato-Deshidrogenasa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.118 | Estudio Molecular Para Secuencias Del Cromosoma Y | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.119 | Fish-Nmyc Amplificacion, Neuroblastoma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.120 | Galactosa, Analisis De Mutacion De | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.121 | Mutación De La Metiltetrahidrofolatoreductasa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.122 | Mutacion Dna Alfa-1-Antitripsina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.123 | 25 Hidroxivitamina D | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.124 | 5 Nucleotidasa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.125 | Ac Anti-Rickettsia | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.126 | Acetaminofen | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.127 | Ácido Delta Amino Levúlinico En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.128 | Ácido Fólico Eritrocitario | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.129 | Ácido Metilhipúrico En Orina De 24 H | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.130 | Ácido Úrico En Orina Al Azar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.131 | Ácido Úrico En Orina De 24 H | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.132 | Actividad De La Tiopurina Metil Transferasa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.133 | Actividad Triptica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.134 | Adenosin Desaminasa (Ada) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.135 | Agregación De Monomeros De Fibrina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.136 | Albuminuria En 24 Horas. | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.137 | Alcohol Etílico En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.138 | Alcohol Etílico En Sangre | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.139 | Alfafetoproteína | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.140 | Aloanticuerpos Pre Transplante | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.141 | Análisis De La Mutacion (Wt1) Del Tumor De Wilms | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.142 | Anti Hla (Pra) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.143 | Antibiograma Para Mycobacterium | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.144 | Anticuerpos Anti Acuaporina 4 Igg (Neuromielitis Optica) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.145 | Anticuerpos Anti Adenovirus En Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.146 | Anticuerpos Anti Amiba | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.147 | Anticuerpos Anti Antígenos Aviarios | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.148 | Anticuerpos Anti Antígenos Extraíbles De Núcleo (Ena) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.149 | Anticuerpos Anti Aspergillus (Ige) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.150 | Anticuerpos Anti Brucella Igg | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.151 | Anticuerpos Anti Brucella Igm | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.152 | Anticuerpos Anti Chlamydia Pneumoniae Igg Iga Igm | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.153 | Anticuerpos Anti Chlamydia Trachomatis | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.154 | Anticuerpos Anti Citomegalovirus En Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.155 | Anticuerpos Anti Coxiella | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.156 | Anticuerpos Anti Coxsackie Virus A Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.157 | Anticuerpos Anti Coxsackie Virus A Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.158 | Anticuerpos Anti Coxsackie Virus B (1-6) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.159 | Anticuerpos Anti Desmogleina 1 Y 3 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.160 | Anticuerpos Anti Echinococcus Granulosus | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.161 | Anticuerpos Anti Echovirus En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.162 | Anticuerpos Anti Endomisio Iga | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.163 | Anticuerpos Anti Fosfatidilcolina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.164 | Anticuerpos Anti Fosfatidiletanolamina Igg, Iga, Igm | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.165 | Anticuerpos Anti Francisella Tularensis | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.166 | Anticuerpos Anti Gangliosido Gq1B | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.167 | Anticuerpos Anti Helicobacter Pylori Iga | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.168 | Anticuerpos Anti Jo-1 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.169 | Anticuerpos Anti Legionella Pneumophila Igg | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.170 | Anticuerpos Anti Legionella Pneumophila Igm | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.171 | Anticuerpos Anti Listeria Monocytogenes | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.172 | Anticuerpos Anti Membrana Basal | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.173 | Anticuerpos Anti Mielina Asociada A Glicoproteína Igm | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.174 | Anticuerpos Anti Músculo Estriado | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.175 | Anticuerpos Anti Mycobacterium Tuberculosis En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.176 | Anticuerpos Anti Neisseria Gonorrhoeae | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.177 | Anticuerpos Anti Proteina P Ribosomal | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.178 | Anticuerpos Anti Receptor De Tsh | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.179 | Anticuerpos Anti Receptor Nmda | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.180 | Anticuerpos Anti Rna | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.181 | Anticuerpos Anti Sacchoromyces Cerevisiae (Asca) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.182 | Anticuerpos Anti Salmonella | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.183 | Anticuerpos Anti Smith (Sm) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.184 | Anticuerpos Anti Ssa/Ssb (Ro-La) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.185 | Anticuerpos Anti Tiroideos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.186 | Anticuerpos Anti Toxoplasma Gondii En Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.187 | Anticuerpos Anti Trypanosoma (Anti Chagas) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.188 | Anticuerpos Anti Varicela Zoster En Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.189 | Anticuerpos Anti Virus Linfotrópico Células T Humanas (Htlv 1 + 2) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.190 | Anticuerpos Anti Yersinia Enterocolítica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.191 | Anticuerpos Anti-Candida (Igm Igg Iga) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.192 | Anticuerpos Herpes Virus 6 Igg Igm | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.193 | Anticuerpos Heterófilos (Paul Bunell) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.194 | Anticuerpos Mi 2 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.195 | Antiestreptolisinas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.196 | Antígeno De Cryptococcus En Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.197 | Antígeno De Cryptococcus En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.198 | Antigeno De Histoplasma En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.199 | Antígeno De Legionella En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.200 | Antígeno De Streptococcus Pneumoniae En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.201 | Antígeno Fecal De Adenovirus | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.202 | Antígeno Hla-B27 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.203 | Antígeno Vesical Urinario | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.204 | Aril Sulfatasa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.205 | Baciloscopía (1 Muestra) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.206 | Baciloscopía En Expectoración (3 Muestras) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.207 | Baciloscopía En Líquido Orgánico | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.208 | Baciloscopía En Semen (1 Muestra) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.209 | Baciloscopía En Semen (3 Muestras) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.210 | Sodio En Orina Al Azar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.211 | Sodio En Orina De 24 H | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.212 | Somatomedina C | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.213 | Subclases De Igg | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.214 | Sulfonilureas (Tamizaje) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.215 | T3 Reversa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.216 | Tamiz Neonatal | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.217 | Tiempo De Sangrado | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.218 | Tinción De Gram | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.219 | Tinción Tinta China | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.220 | Tiroxina Unida A Globulina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.221 | Topiramato | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.222 | Troponina I | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.223 | Trypanosoma Cruzi (Gota Gruesa) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.224 | Vigabatrina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.225 | Vitamina A (Retinol) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.226 | Vitamina B1(Tiamina) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.227 | Vitamina B6 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.228 | Vitamina C (Ácido Ascórbico) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.229 | Vitamina E (Tocoferol) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.230 | Vitamina K | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25A.231 | Zinc En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |

| **Grupo 25B Pruebas de Alta Especialidad (para la partida del HRAE Oaxaca)** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.25B.001 | SATURACION DE HIERRO (Dtibc) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.002 | Proteinas En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.003 | Ca 72-4 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.004 | Acs. Anti Tiroideos (Anti Tiroglobulina Y Antiperoxidasa) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.005 | He4 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.006 | S100 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.007 | ANTICUERPOS Totales Vs Core VHB | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.008 | ANTICUERPOS CONTRA Agshb | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.009 | Proteínas De Bence Jones | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.010 | Pcr Para Secuencias Asociadas A La Resistencia A Carbapenemicos En Bacterias Gramnegativas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.011 | Pcr Para Genotipificación De Vph (Genotipos De Alto Riesgo 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 69, 73, 82) Y De Bajo Riesgo (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70), | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.012 | Pcr Para Patógenos Urogenitales (Neisseria Gonorrhoeae, Trichomonas Vaginalis, Mycoplasma Hominis, Mycoplasma Genitalium, Ureaplasma Urealyticum, Ureaplasma Parvum) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.013 | Anticuerpos Anti-Dna | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.014 | INMUNOFENOTIPO CD 1a APC | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.015 | Inmunofenotipo Cd 2 Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.016 | Inmunofenotipo Cd 2 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.017 | Inmunofenotipo Cd 3 V450 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.018 | Inmunofenotipo Cd 3 Apc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.019 | Inmunofenotipo Cd 3 Apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.020 | Inmunofenotipo Cd 4 V450 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.021 | INMUNOFENOTIPO CD 5 Percp-Cy 5.5 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.022 | Inmunofenotipo Cd 7 Apc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.023 | Inmunofenotipo Cd 8 Pe-Cy7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.024 | Inmunofenotipo Cd 8 Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.025 | Inmunofenotipo Cd 9 V450 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.026 | Inmunofenotipo Cd 10 Apc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.027 | Inmunofenotipo Cd 10 Apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.028 | Inmunofenotipo Cd 10 Pe-Cy7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.029 | INMUNOFENOTIPO CD 11b APC | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.030 | Inmunofenotipo Cd 13 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.031 | Inmunofenotipo Cd 14 Apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.032 | Inmunofenotipo Cd 15 Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.033 | Inmunofenotipo Cd 16 Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.034 | Inmunofenotipo Cd 19 Apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.035 | Inmunofenotipo Cd 19 Pe-Cy7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.036 | Inmunofenotipo Cd 20 V450 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.037 | Inmunofenotipo Cd 21 V450 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.038 | Inmunofenotipo Cd 22 Apc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.039 | Inmunofenotipo Cd 24 Apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.040 | INMUNOFENOTIPO CD 27 Percp-Cy 5.5 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.041 | Inmunofenotipo Cd 27 Bv510 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.042 | Inmunofenotipo Cd 28 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.043 | Inmunofenotipo Cd 33 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.044 | Inmunofenotipo Cd 33 Apc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.045 | INMUNOFENOTIPO CD 34 Percp-Cy7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.046 | INMUNOFENOTIPO CD 34 Percp-Cy 5.5 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.047 | Inmunofenotipo Cd 35 Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.048 | Inmunofenotipo Cd 36 Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.049 | Inmunofenotipo Cd 38 Apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.050 | Inmunofenotipo Cd 38 Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.051 | INMUNOFENOTIPO CD 45 V500c | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.052 | Inmunofenotipo Cd 45ra Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.053 | INMUNOFENOTIPO CD 45 Percp-Cy 5.5 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.054 | Inmunofenotipo Cd 56 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.055 | Inmunofenotipo Cd 58 Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.056 | Inmunofenotipo Cd 64 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.057 | INMUNOFENOTIPO CD 66c PE | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.058 | Inmunofenotipo Cd 71 Apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.059 | Inmunofenotipo Cd 73 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.060 | INMUNOFENOTIPO CD 79a PE | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.061 | Inmunofenotipo Cd 81 Apc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.062 | Inmunofenotipo Cd 81 Apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.063 | Inmunofenotipo Cd 81 Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.064 | Inmunofenotipo Cd 99 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.065 | Inmunofenotipo Cd 105 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.066 | Inmunofenotipo Cd 117 Apc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.067 | Inmunofenotipo Cd 117 Pe-Cy7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.068 | Inmunofenotipo Cd 117 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.069 | Inmunofenotipo Cd 123 Apc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.070 | Inmunofenotipo Cd 123 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.071 | INMUNOFENOTIPO CD 138 V500c | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.072 | Inmunofenotipo Cd 138 Bv421 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.073 | Inmunofenotipo Cd 304 Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.074 | Inmunofenotipo Lambda Apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.075 | INMUNOFENOTIPO Tdt FITC | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.076 | INMUNOFENOTIPO Ntdt FITC | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.077 | Inmunofenotipo Mpo Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.078 | INMUNOFENOTIPO Sm Igm APC | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.079 | INMUNOFENOTIPO Sm Igkappa V450 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.080 | INMUNOFENOTIPO Cyigm Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.081 | Inmunofenotipo Ng2 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.082 | Inmunofenotipohla -Dr V450 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.083 | Inmunofenotipo Irem2 Apc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.084 | Inmunofenotipo Lambda Fitc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.085 | Inmunofenotipo Lambda Apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.086 | Inmunofenotipo Kappa Pe | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.087 | Inmunofenotipo Kappa Apc | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.088 | INMUNOFENOTIPO TCR G/D PE-Cy7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.089 | INMUNOFENOTIPO Beta 2 Micro Percp-Cy5 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.090 | INMUNOFENOTIPO Cycd3 V450 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.091 | Inmunofenotipo Cd45v500c | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.092 | INMUNOFENOTIPO Smcd3apc-H7 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.093 | INMUNOFENOTIPO Cympo PE | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.094 | Inmunofenotipo Fc Beads Bv421 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.095 | Inmunofenotipo Fc Beads Bv421 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.096 | Adenosín Desaminasa (Ada) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.097 | Interferón Gamma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.098 | Ca 27-29 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.099 | Igm CITOPLASMATICO | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.100 | Igm DE SUPERFICIE | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.101 | PCR T(8:14) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.102 | PCR T(14:14) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.103 | PCR T(9:22) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.104 | PCR T(11:14) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.105 | PCR T(8:22) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.106 | PCR T(2:8) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.107 | FISH (C-MYC) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.108 | Indice De Dna En Celulas De Linfoma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.109 | Cariotipo Bandas G Sangre Periferica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.110 | Cariotipo Bandas G Medula Osea | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.111 | Pcr Rna Para Hepatitis C | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.112 | Prueba De Inmunodifusión Para Anticuerpos Anti Histoplasma En Sangre Y Orina. Incluye Lampara De Wood. | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.113 | Prueba Para Detección De Antígeno Urinario De *Streptococcus Pneumoniae.* | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.114 | Prueba De Detección De Antígenos Solubles E Identificación De *N. Meningitidis, H. Influenzae* Tipo B*, S. Pneumoniae* Y S Grupo B, En Lcr (Perfil Meningítico). Incluye Baño María | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.115 | Prueba Rápida Para La Detección De Carbapenemasas Oxa-48, Kpc, Ndm, Vim E Imp En Cultivos Bacterianos. | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.116 | Prueba Rápida Para La Detección De Staphylococcus Aureus Resistente A Meticilina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.117 | Prueba Inmunocromatografica De Un Solo Paso Para La Deteccion Semicuantitativa Simultánea De Sangre Oculta Y Transferrina Humana En Muestra De Heces. | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.118 | Prueba Inmunocromatografica De Un Solo Paso Para La Detección Cualitativa Simultánea De *Cryptosporidium Spp, Giardia Lamblia Y Entamoeba* En Muestras De Heces. | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.119 | PRUEBA INMUNOCROMATOGRAFICA DE UN SOLO PASO PARA LA DETECCIÓN SEMI-CUANTITATIVA LACTOFERRINA HUMANA (Hlf) EN MUESTRAS DE HECES. | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.120 | Prueba Cuantitativa Rápida Ngal De Un Solo Paso. Biomarcador Para El Diagnóstico De Lesión Renal Aguda. | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25B.121 | Prueba Rápida, Cualitativa Y Diferencial Para La Detección De Anticuerpos (Igm, Igg O Igm/Igg) Contra *Leptospira Interrogans* En Suero, Plasma O Sangre Completa De Origen Humano. | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |

| **Grupo 25C Pruebas de Alta Especialidad (para la partida del Hospital de Especialidades Pediátricas)** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.25C.001 | Ácido Úrico (Sinovial) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.002 | Amilasa (Peritoneal) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.003 | Antiestreptolisina (Sinovial) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.004 | Bilirrubina Directa (Peritoneal) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.005 | Bilirrubina Total (Peritoneal) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.006 | Bun En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.007 | Bun En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.008 | Calcio En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.009 | Calcio En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.010 | Ck Total Liq (Peritoneal) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.011 | Cloro En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.012 | Cloro En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.013 | Colesterol (Liquido Pleural) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.014 | Colesterol (Pericardico) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.015 | Colesterol (Sinovial) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.016 | Creatincinasa-Mb | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.017 | Creatinina En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.018 | Creatinina En Orina De 24 Hrs. | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.019 | Creatinina Urinaria Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.020 | Deshidrogenasa Lactica (Lcr) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.021 | Deshidrogenasa Lactica (Sinovial) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.022 | Deshidrogenasa Lactica Liq Pericardico | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.023 | Deshidrogenasa Lactica Liq Peritoneal | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.024 | Deshidrogenasa Lactica Pleural | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.025 | Factor Reumatoide (Liquido Pleural) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.026 | Factor Reumatoide (Sinovial) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.027 | Fosforo En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.028 | Glucosa (Lcr) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.029 | Glucosa (Liquido Pleural) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.030 | Glucosa (Pericardico) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.031 | Glucosa (Peritoneal) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.032 | Glucosa (Sinovial) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.033 | Magnesio En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.034 | Magnesio En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.035 | Potasio En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.036 | Potasio En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.037 | Potasio En Recoleccion De Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.038 | Proteina C Reactiva (Sinovial) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.039 | Proteinas (Lcr) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.040 | Proteinas (Liquido Pleural) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.041 | Proteinas (Pericardico) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.042 | Proteinas (Peritoneal) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.043 | Proteinas (Sinovial) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.044 | Proteinas En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.045 | Proteinas Totales En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.046 | Sodio En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.047 | Sodio En Orina De Recoleccion | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.048 | Sodio En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.049 | Trigliceridos (Liquido Pleural) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.050 | Hdl-Colesterol | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.051 | Ldl-Colesterol | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.052 | Microalbumina En Orina 24 Horas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.053 | Microalbumina En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.054 | Tromboelastografia | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.055 | Baar En Aspirado Bronquial Muestra 1 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.056 | Baar En Expectoracion (Muestra 1) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.057 | Baar En Jugo Gastrico Muestra 1 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.058 | Coprocultivo | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.059 | Exudado Vulvar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.060 | Mielocultivo | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.061 | Urocultivo | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.062 | Ac. Anti Hepatitis "A" Totales (Hav-Total) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.063 | Acs. Anti Dna Nativo | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.064 | Índice De Dna | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.065 | Inmunofenotipo Plaquetario | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.066 | Pcr Para Fibrosis Quistica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.067 | Sindrome De Rett | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.068 | Pcr Mutación 20210 G-> Del Gen Em La Protrombina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.069 | Estudio De Genes De Proteina Del Complemento | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.070 | Estudio Molecular Para Cancer Familiar De Mama, Ovario, Prostata, Secuenciación De 37 Genes | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.071 | Estudio Molecular Para Exoma Clinico | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.072 | Estudio Molecular Para Hipoglicemia | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.073 | Fish Shox (Xp22.3) (Yp22.3) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.074 | Glucogenesis (Panel De 29 Genes) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.075 | Microarreglos Por Cgh | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.076 | Genotipo Tiopurina S-Metiltransferasa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.077 | Fenotipo Tiopurina Metiltransferasa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.078 | Fish Sry Yp11.31 Centromero Del X Y Del Y | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.079 | Panel Molecular De Displasias Oseas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.080 | Panel Molecular Para Enfermedades Neuromusculares | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.081 | Panel Molecular Para Epilepsias | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.082 | Centromero Del X Y Del Y Fish Sry Yp11.31 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.083 | FISH 15q11 Q13 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.084 | Acidos Organicos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.085 | Acs. Anti Fosfolipidos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.086 | Anticuerpos Anti Mog En Suero Con Reflejo A Titulo | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.087 | Determinación De Succinilacetona En Orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.088 | Perfil Alergia Alimenticio E Inhalatorio (90 Elementos) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.089 | PERFIL DE MIOSITIS O Ku (Incluye Ku,Srp,Mi2) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.090 | Anticuerpos Anti Titina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.091 | Anticuerpos De Superficie Neuronal | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.092 | Anticuerpos Anti-Acuaporina-4 (Aqp4) Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.093 | ANTICUERPOS Igg GANGLIOSIDO GQ1B | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.094 | Anticuerpos De Canal De Potasio Dependiente De Voltaje (Vgkc) En Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.095 | Anticuerpos Hu Con Reflejo A Titulo Y Western Blot En Lcr | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.096 | Cuantificación De Mucopolisacaridos (Dermatan, Heparan, Sulfatan) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.097 | Dehidrotestosterona | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.098 | Hemólisis Ácida (Prueba De Ham) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.099 | Piruvato | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.100 | Ac. Anti. Proteinasa 3 (Pr3) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.101 | Acido Metilmalonico | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.102 | Cistina En Orina Ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.103 | Perfil De Esclerosis Sistemica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.104 | Ac. Leishmania Igg | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.105 | Informe De Medula Osea | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.106 | Rast Para Leche | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.107 | Vitamina B6 En Plasma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.108 | Alfa Lactoalbumina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.109 | SARS-Cov-2-Igm/Igg | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.110 | Vitamina A | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.111 | Vitaminas Del Grupo B | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.112 | Zinc En Suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.113 | Yodo Proteico (Ip) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25C.114 | 17-Hidroxyprogesterona | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |

| **Grupo 25D Pruebas de Alta Especialidad (para la partida del HRAE de Ixtapaluca)** | | |
| --- | --- | --- |
| Estudios incluidos: | | |
| **Clave** | **Nombre del Estudio** | **Especificaciones** |
| 40.25D.001 | Bicarbonato en sangre | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.002 | Bilirrubina total, directa e indirecta | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.003 | Calcio en orina al azar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.004 | Calcio en orina de 24 horas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.005 | Cloro en orina al azar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.006 | Cloro en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.007 | Creatin fosfoquinasa fracción mb (CPK MB) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.008 | Creatinina en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.009 | Creatinina en orina ocasional | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.010 | Curva de tolerancia a la glucosa 2 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.011 | Curva de tolerancia a la glucosa 3 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.012 | Curva de tolerancia a la glucosa 4 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.013 | Curva de tolerancia a la glucosa 5 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.014 | Curva de tolerancia a la glucosa diabétes gestacional 75 g | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.015 | Depuración de creatinina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.016 | Electrolitos en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.017 | Electrolitos séricos de 3 (Cl, Na, K) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.018 | Electrolitos séricos de 6 (Cl, Na, K, Ca, Mg, P) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.019 | Fósforo en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.020 | Glucosa en orina al azar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.021 | Glucosa en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.022 | Glucosa plasmática post carga 50 g | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.023 | Glucosa pospandrial | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.024 | Hierro sérico, capacidad de fijación y saturación de hierro | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.025 | Magnesio en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.026 | Microalbuminuria en orina al azar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.027 | Microalbuminuria en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.028 | Mioglobina en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.029 | Perfil de lípidos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.030 | Potasio en orina al azar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.031 | Potasio en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.032 | Proteínas totales en orina al azar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.033 | Proteínas totales en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.034 | Proteínas totales, abúmina y globulina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.035 | Pruebas de funcionamiento hepático (Bilirrubina total, directa e indirecta, GGT, ALT, AST, fosfatasa alcalina, proteínas totales, albúmina y globulina) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.036 | Química sanguínea de 3 elementos (glucosa, BUN, creatinina) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.037 | Química sanguínea de 4 elementos (glucosa, BUN, creatinina, ácido úrico) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.038 | Química sanguínea de 5 elementos (glucosa, BUN, creatinina, ácido úrico, colesterol) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.039 | Química sanguínea de 6 elementos (glucosa, BUN, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicéridos) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.040 | Biometría hemática completa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.041 | Biometría hemática (pseudotrombocitopenia) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.042 | Cuenta de plaquetas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.043 | Eosinófilos en moco nasal | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.044 | Eosinófilos en moco nasal (3 muestras) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.045 | Frotis de sangre periférica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.046 | Nitrógeno uréico en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.047 | Nitrógeno uréico en sangre | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.048 | Correcciones y diluciones de Tiempo de protrombina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.049 | Correcciones y diluciones de Tiempo de tromboplastina parcial activada | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.050 | Correcciones y diluciones de TP y TTPa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.051 | Antitrombina III funcional y antigénica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.052 | Factor 3 plaquetario | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.053 | Factor antigénico Von Willebrand | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.054 | Factor V (mutación de Leiden) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.055 | Fibrinógeno | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.056 | Inhibidor del activador del plasminógeno | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.057 | Proteína C de coagulación (antigénica y funcional) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.058 | Protrombina 20210 G-A | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.059 | Ristocetina cofactor | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.060 | Densidad urinaria | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.061 | Coprocultivo con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.062 | Cultivo de aerobios con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.063 | Cultivo de anaerobios | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.064 | Cultivo de lavado bronquial/Aspirado endotraqueal con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.065 | Cultivo de esperma con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.066 | Cultivo de expectoración con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.067 | Cultivo de exudado faríngeo con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.068 | Cultivo de exudado nasal con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.069 | Cultivo de exudado nasofaríngeo con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.070 | Cultivo de exudado ocular con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.071 | Cultivo de exudado ótico con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.072 | Cultivo de exudado uretral con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.073 | Cultivo de exudado vaginal con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.074 | Cultivo de exudado vulvar con antibiograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.075 | Cultivo de hongos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.076 | Cultivo de lavado bronquioalveolar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.077 | Cultivo de líquido cefalorraquídeo | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.078 | Cultivo de punta de catéter | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.079 | Cultivo exudado balano prepucial | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.080 | Hemocultivo (pediátrico) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.081 | Hemocultivo aerobio y anaerobio | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.082 | Urocultivo | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.083 | Investigación de antígenos bacterianos en LCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.084 | Cadenas ligeras kappa y lambda en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.085 | Cadenas ligeras kappa y lambda en suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.086 | Reacción de Huddleson | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.087 | Apolipoproteína A y B | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.088 | Cortisol libre en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.089 | Cortisol libre en suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.090 | Cortisol matutino | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.091 | Cortisol vespertino | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.092 | Curva de hormona de crecimiento | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.093 | Curva de insulina de 3 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.094 | Curva de insulina de 4 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.095 | Curva de insulina de 5 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.096 | Dehidroepiandrosterona sulfatada (DHEAS) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.097 | Dihidrostestoterona | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.098 | Hormona de crecimiento | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.099 | Hormona liberadora de gonadotropina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.100 | IGF 2 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.101 | Inhibina B | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.102 | Insulina pospandrial | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.103 | Perfil ginecológico | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.104 | Perfil tiroideo (T3 total, T4 total, TSH, T3 libre, T4 libre) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.105 | Prolactina 2 diluciones | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.106 | Antígeno Prostático Específico libre y total | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.107 | Beta 2 Microglobulina en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.108 | Ca 27-29 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.109 | Ca 72 - 4 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.110 | Fracción beta, gonadotrofina coriónica humana (marcador) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.111 | Anticuerpos anti citoplasma de neutrófilo (ANCA's) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.112 | Anticuerpos anti esperma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.113 | Anticuerpos anti fosfatidilserina IgG, IgA, IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.114 | Anticuerpos anti gangliósido (panel) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.115 | Anticuerpos anti gliadina IgA, IgG | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.116 | Anticuerpos anti mielina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.117 | Anticuerpos anti mitrocondriales | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.118 | Anticuerpos anti receptor de acetil colina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.119 | Anticuerpos anti transglutaminasa IgG e IgA | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.120 | Panel de anticuerpos para miositis | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.121 | Anticuerpos anti Bartonella sp (h y q) IgG, IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.122 | Anticuerpos anti Bordetella pertussis | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.123 | Anticuerpos anti Citomegalovirus IgG, IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.124 | Anticuerpos anti Coccidioides | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.125 | Anticuerpos anti dengue IgG, IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.126 | Anticuerpos anti hepatitis A IgG | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.127 | Anticuerpos anti hepatitis E IgG, IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.128 | Anticuerpos anti herpes I IgG | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.129 | Anticuerpos anti herpes I IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.130 | Anticuerpos anti herpes II IgG | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.131 | Anticuerpos anti herpes II IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.132 | Anticuerpos anti influenza A y B | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.133 | Anticuerpos anti Mycoplasma pneumoniae IgM, IgG | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.134 | Anticuerpos anti parotiditis IgG, IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.135 | Anticuerpos anti Parvovirus B19 IgG, IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.136 | Anticuerpos anti Rubéola IgG, IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.137 | Anticuerpos anti Sarampión IgG, IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.138 | Anticuerpos anti Toxoplasma gondii IgG, IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.139 | Anticuerpos anti Treponema por fluorescencia | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.140 | Anticuerpos anti Varicela IgG, IgM en suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.141 | Panel Epstein Barr virus | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.142 | Perfil de Herpes I y II IgG e IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.143 | Perfil TORCH IgG | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.144 | Perfil TORCH IgG e IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.145 | Perfil TORCH IgG e IgM (Trasplante) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.146 | Perfil viral Hepatitis A | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.147 | Perfil viral Hepatitis A, B, C | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.148 | Perfil viral Hepatitis B | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.149 | Anfetaminas en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.150 | Barbitúricos en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.151 | Benzodiacepinas en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.152 | Cannabinoides en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.153 | Cocaína en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.154 | Cuantificación de cocaína (Confirmatoria) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.155 | Levetiracetam | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.156 | Morfina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.157 | Oxcarbazepina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.158 | Primidona | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.159 | Risperidona | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.160 | Translocación t(4;14) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.161 | Electroforesis de Proteínas en LCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.162 | Inmunofijación en LCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.163 | Hemoglobinas anormales | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.164 | HLA A de alta resolución | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.165 | HLA B de alta resolución | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.166 | HLA CW de alta resolución | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.167 | HLA DQB1 de alta resolución | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.168 | HLA DRB1 de alta resolución | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.169 | Cultivo de Mycobacterium en expectoración | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.170 | Cultivo de Mycobacterium tuberculosis | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.171 | Análisis de la mutación C-KIT por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.172 | Detección de Parvovirus B-19 por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.173 | Detección de Toxoplasma gondii por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.174 | Detección del gen S y T por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.175 | Detección del Virus de Chikungunya por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.176 | Detección del virus de dengue y Chikungunya por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.177 | Detección del virus Zika por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.178 | Genotipo de VIH-1 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.179 | Inversión del cromosoma 16 por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.180 | Poliomavirus BK por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.181 | Co-deleción 1p/19q por FISH | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.182 | Deleción 13q y 13 por FISH | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.183 | Deleción 17p y 17 por FISH | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.184 | Deleción 5q y 5 por FISH | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.185 | Deleción 7q31 por FIHS | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.186 | Investigación de 1q21 por FISH | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.187 | Monosomía 7 por FISH | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.188 | Búsqueda de coccidias | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.189 | Búsqueda de oxiuros (técnica de Graham) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.190 | Coproparasitoscópico 3 muestras | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.191 | pH en heces | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.192 | Sangre oculta en heces | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.193 | Actividad de renina plasmática | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.194 | Anticuerpos anti Beta 2 glicoproteína IgA, IgG e IgM | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.195 | Bicarbonato en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.196 | Cadena alfa del receptor de IL 2 (CD25 soluble) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.197 | Calcio iónico | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.198 | Carotenos beta | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.199 | Cistina en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.200 | Citoquímico de líquido cefaloraquideo (LCR) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.201 | Citoquímico de líquido pericárdico | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.202 | Citoquímico de líquido peritoneal | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.203 | Citoquímico de líquido pleural | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.204 | Citoquímico de líquido sinovial | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.205 | Cobre en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.206 | Colinesterasa eritrocitaria | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.207 | Complemento C1Q | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.208 | Complemento fracción 2 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.209 | Complemento fracción 6 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.210 | Complejos inmunes circulantes | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.211 | Coproporfirinas en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.212 | Crioaglutininas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.213 | Crioglobulinas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.214 | Cuenta minutada de Addis | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.215 | Curva de tolerancia a la glucosa e insulina 2 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.216 | Curva de tolerancia a la glucosa e insulina 5 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.217 | Deleción del gen P53 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.218 | EBER por CISH | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.219 | Elastasa pancréatica | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.220 | Enzima convertidora de angiotensina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.221 | Fenotipo resistencia VIH | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.222 | Fosfatasa ácida fracción prostática | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.223 | Fosfatasa alcalina isoenzimas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.224 | Fosfolípidos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.225 | Gabapentina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.226 | Galactomanano en lavado bronquioalveolar | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.227 | Gota gruesa (búsqueda de Plasmodium) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.228 | Helicobater pylori en aliento | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.229 | Hemoglobina S por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.230 | Hemosiderina en médula ósea | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.231 | Hemosiderina en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.232 | HER 2 NEU por FISH | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.233 | Hidroxiprolina en orina de 24 h | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.234 | Investigación de Cromosoma X frágil | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.235 | Investigación de Pneumocystis jirovecii | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.236 | Investigación del antígeno de Cryptosporidium | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.237 | Investigación del antígeno de Giardia | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.238 | Lipoproteína (A) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.239 | Lisis de euglobulinas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.240 | Mercurio en sangre | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.241 | Metahemoglogina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.242 | Metanfetaminas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.243 | Mielograma | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.244 | Mutación 677 ct en el gen de la MTHFR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.245 | Mutación IGVH de LLC-B por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.246 | Mutación V600E del gen BRAF por PCR en bloque de parafina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.247 | N-telopéptidos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.248 | Osmolaridad en suero | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.249 | Panel de mutaciones para sarcoma por PCR | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.250 | Perfil aldoteronismo primario (Actividad de renina plasmática, aldosterona en suero y electrolitos séricos de 3) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.251 | Perfil de acromegalia (Determinaciones de glucosa y hormona de crecimiento basal a 30,a 60, a 90 y a 120 minutos) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.252 | Perfil de andrógenos (Dehidroepiandrosterona, dehidroepiandrosterona sulfatada, hormona luteinizante, testosterona total y androstenediona) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.253 | Perfil de evaluación de hiperprolactinemia (prolactina, creatinina, BUN, ALT, AST, ALP, GGT, bilirrubina total directa e indirecta, proteínas totales, albúmina, globulina y perfil tiroideo) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.254 | Perfil de evaluación de hipoparatiroidismo (Electrolitos séricos de 6, PTH y calcio en orina de 24 h) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.255 | Perfil de evaluación de nefrolitiasis (Electrolitos séricos de 6, PTH, calcio en orina de 24 h, citrato en orina de 24 h, oxalato en orina de 24 h y examen general de orina) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.256 | Perfil de evaluación de osteoporosis (Electrolitos séricos de 6, PTH, Vitamina D (25 hidroxicolecalciferol), fosfatasa alcalina fracción ósea, fosfatasa ácida y calcio en orina de 24 h) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.257 | Perfil de evaluación de paciente con obesidad (Biometría hemática, insulina, glucosa, creatinina, BUN, perfil de lípidos, perfil tiroideo, electrolitos séricos de 6 y pruebas de función hepática) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.258 | Perfil feocromositoma (Metanefrinas en sangre y en orina de 24 h, catecolaminas en plasma) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.259 | Perfil funcionamiento de neurohipófisis (FSH, LH, estradiol, progesterona, cortisol matutino, ACTH, prolactina, perfil tiroideo, somatomedina C y hormona de crecimiento) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.260 | Perfil inmunoglobulinas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.261 | Perfil metabólico neonatal ampliado | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.262 | Perfil seguimiento anual de diabético tipo 2 (Glucosa, BUN, creatinina, ácido úrico, hemoglobina glicosilada A1c, perfil de lípidos, EGO, microalbuminuria en orina de 24 h y pruebas de función hepática) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.263 | Perfil seguimiento de diabético tipo 2 (Glucosa, BUN, creatinina, ácido úrico, hemoglobina glicosilada A1c y perfil de lípidos) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.264 | Perfil síndrome de Cushing (ACTH, cortisol matutino basal y a las 24 h, cortisol vespertino, cortisol en orina de 24 h) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.265 | Perfil toxémico (Biometría hemática, TP, TTPa, bilirrubina total directa e indirecta, GGT, fosfatasa alcalina, ALT, AST, proteínas totales, albúmina, globulina, EGO, proteínas totales en orina de 24 h, y ácido úrico) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.266 | Piruvato cinasa | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.267 | Plomo en sangre | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.268 | Prader Willi por FISH (UPD 15 paterno) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.269 | Prealbúmina (transtiretina) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.270 | Precalicreína (Factor Fletcher) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.271 | Proinsulina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.272 | Proteína básica de mielina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.273 | Proteína de Bence - Jones en orina | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.274 | Proteína transportadora de IGF (IGF-BP3) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.275 | Protoporfirina libre eritrocitaria | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.276 | Salicilatos | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.277 | Sexo fetal no invasivo | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.278 | Triple marcador genético | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.279 | Uroporfirinas | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.280 | ACTH (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.281 | ACTINA MUSCULO ESPECIFICO (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.282 | ACTINA MUSCULO LISO (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.283 | ALFA FETO PROTEINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.284 | ALK (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.285 | AMILOIDE A (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.286 | ANEXIN A1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.287 | ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO MONOCLONAL (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.288 | ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO POLICLONAL (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.289 | APAF-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.290 | APE (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.291 | ARGINASA 1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.292 | ATRX (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.293 | BCL-10 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.294 | BCL-2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.295 | BCL-6 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.296 | BETA-CATENINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.297 | BOB-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.298 | CA 125 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.299 | CA 19.9 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.300 | CADENAS KAPPA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.301 | CADENAS LAMBDA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.302 | CALCITONINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.303 | CALDESMON (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.304 | CALPONINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.305 | CALRETININA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.306 | CAM 5.2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.307 | CASPASE (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.308 | CATEPSINA D (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.309 | CD 10 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.310 | CD 105 ENDOGLINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.311 | CD 117 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.312 | CD 123 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.313 | CD 138 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.314 | CD 15 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.315 | CD 163 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.316 | CD 19 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.317 | CD 1A (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.318 | CD 2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.319 | CD 20 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.320 | CD 21 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.321 | CD 23 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.322 | CD 25 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.323 | CD 3 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.324 | CD 3 EPSILON (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.325 | CD 30 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.326 | CD 31 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.327 | CD 34 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.328 | CD 35 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.329 | CD 38 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.330 | CD 4 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.331 | CD 43 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.332 | CD 45 ACL (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.333 | CD 45 RO (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.334 | CD 4D (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.335 | CD 5 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.336 | CD 57 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.337 | CD 61 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.338 | CD 68 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.339 | CD 7 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.340 | CD 79 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.341 | CD 8 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.342 | CD 99 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.343 | CDK 4 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.344 | CICLINA D1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.345 | CK 14 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.346 | CK 17 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.347 | CK 18 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.348 | CK 19 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.349 | CK 34BE12 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.350 | CK 8 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.351 | CMV (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.352 | C-MYC (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.353 | COLAGENO IV (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.354 | COX2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.355 | D 240 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.356 | DESMINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.357 | DESMOGLEINA 1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.358 | DESMOGLEINA 3 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.359 | DISFERLINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.360 | DISTROFINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.361 | DOG 1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.362 | EGFR HER1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.363 | EMA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.364 | ENOLASA NEURONAL ESPECIFICA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.365 | ESA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.366 | FACTOR VIII (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.367 | FACTOR XIIIA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.368 | FASCINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.369 | FLI 1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.370 | FSH (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.371 | GALECTINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.372 | GATA3 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.373 | GCDFP-15 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.374 | GFAP (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.375 | GLICOFORINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.376 | GLIPICAN 3 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.377 | GLUCAGON (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.378 | GLUT-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.379 | GRANZIMA B (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.380 | HEPATITIS B CORE HBVCAG (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.381 | HEPATITIS B SUPERFICIE HBVSAG (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.382 | HERPES VIRUS SIMPLE TIPO II (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.383 | HHV-8 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.384 | HMB45 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.385 | HORMONA DE CRECIMIENTO (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.386 | HORMONA GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.387 | HORMONA LUTEINIZANTE (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.388 | IDH-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.389 | IGA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.390 | IGD (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.391 | IGG (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.392 | IGG4 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.393 | IGM (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.394 | INHIBINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.395 | INI-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.396 | INSULINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.397 | INTEGRINA B3 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.398 | LACTOGENO PLACENTARIO (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.399 | LANGERINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.400 | LEUCEMIA DE CELULA PELUDAS (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.401 | LIZOSIMA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.402 | LMP-1 VIRUS EPSTEIN BARR (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.403 | MAMOGLOBINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.404 | MART-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.405 | MDM 2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.406 | MELAN A (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.407 | MET (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.408 | MHC II (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.409 | MIELOPEROXIDASA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.410 | MIOGENINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.411 | MITF (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.412 | MLH 1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.413 | MOC-31 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.414 | MSH 2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.415 | MSH 6 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.416 | MUC-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.417 | MUC-2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.418 | MUC-3 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.419 | MUC-4 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.420 | MUC-5 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.421 | MUCIN 5AC (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.422 | MUM-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.423 | MYO D1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.424 | NAPSIN A (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.425 | NEUROFILAMENTO (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.426 | NKX3-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.427 | OCT 3/4 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.428 | OCT-02 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.429 | OCT-04 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.430 | OLIG2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.431 | OSTEONECTINA SPARC (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.432 | P21 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.433 | P27 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.434 | P40 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.435 | P53 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.436 | P57 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.437 | PAX 2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.438 | PAX 5 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.439 | PAX 8 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.440 | PD-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.441 | PDL-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.442 | PLAP (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.443 | PMS 2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.444 | POLIOMAVIRUS BKA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.445 | POLIPEPTIDO PANCREATICO (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.446 | PROLACTINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.447 | PTEN (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.448 | RCC (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.449 | RECEPTOR ANDRÓGENO (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.450 | SALL 4 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.451 | SDHB (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.452 | SEROTONINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.453 | SMOTHELIN (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.454 | SOMATOSTANTINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.455 | SOX-10 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.456 | SOX-11 | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.457 | STAB2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.458 | STAT 6 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.459 | SURVIVIN (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.460 | TDT (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.461 | TIA-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.462 | TIROGLOBULINA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.463 | TLE-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.464 | TOPO ISOMERASA (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.465 | TOXOPLASMA GONDII (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.466 | TRAP (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.467 | TSH (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.468 | TTF-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.469 | UROPLAKINA 2 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.470 | UROPLAKINA 3 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.471 | VEGF (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.472 | VILLIN (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.473 | VIRUS JC (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.474 | WT-1 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |
| 40.25D.475 | ZAP 70 (IHQ) | Debe procesarse en sitio o enviar a Laboratorio de Referencia |

*Equipamiento para los Grupos de Pruebas de Alta Especialidad*

Los estudios de los Grupos de Pruebas de Alta Especialidad 25A, 25B y 25C podrán procesarse, cuando sea posible, en los equipos correspondientes a los grupos 1 a 23 y deberán 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.
* Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), Equipo de protección de picos y regulación de voltaje y respaldo de energía (UPS), 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.
* Pipetas automáticas certificadas y los bienes de consumo necesarios para la preparación y procesamiento de las muestras.

*Control de Calidad*

* El equipo deberá contar con control de calidad integrado.
* Incluir la dotación de muestras control para el control de calidad interno.
* Deberá incluir cuando menos una corrida de las muestras control los días de proceso.

Las Unidades Médicas HRAE y HEP que no cuenten con equipo asignado para las pruebas de este grupo podrán enviar los estudios a Laboratorios de Referencia.

###### Equipo de Laboratorio.

Para cada partida, deberá ofertarse el equipo de laboratorio y equipo complementario necesarios para realizar los estudios conforme al **Anexo T1 Requerimientos SMI-ELC Ene-Dic 2025**, considerando las especificaciones contenidas en el **Anexo T3 Especificaciones Técnicas del Equipamiento**, incluyendo la entrega, instalación, verificación, mantenimientos preventivos y correctivos, asistencia técnica y capacitación al personal, enlace y comunicación con el sistema de información que incluye programas de cómputo asociados, equipos de cómputo, equipos de regulación y respaldo de energía (UPS), periféricos, lectores de códigos de barras, etiquetas e impresoras necesarios, para el control del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico, en los mismos Laboratorios Clínicos.

Las Unidades Médicas que cuenten con dos o más equipos para un mismo grupo de estudios, podrán ser compatibles entre sí (metodología y unidades de medida), con el fin garantizar la trazabilidad de los estudios.

Los equipos deberán contar con tecnología de punta, para lo cual se requiere que sean equipos nuevos o en óptimas condiciones (equipos ya utilizados), y con fecha de fabricación, para ambos casos, no mayor a 5 (cinco) años (2020, 2021, 2022, 2023 y 2024). El licitante podrá ofertar equipos con métodos analíticos de medición ópticos (colorimetría, fotometría) o electroquímicos que cumplan, como requisito mínimo, con las guías de equipamiento del CENETEC, u otra normativa vigente aplicable. Los equipos y sus accesorios deberán contar con tecnología de última generación y en óptimas condiciones, 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 T3 Especificaciones Técnicas del Equipamiento.**

Es importante señalar que no se aceptarán equipos médicos correspondientes a saldos o remanentes o que ostenten las leyendas “Export Only”, ni “Investigation Only”, equipos reconstruidos, descontinuados 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 laboratorio y complementario.

La recepción de los equipos para su instalación, será responsabilidad del Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, 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 **Anexo T4 Cédula de Recepción de Equipos** y formato **T4.1 Cédula de Puesta a Punto**, con lo que autoriza se proceda a su instalación.

* + 1. Instalación.

Para cada partida, la instalación y puesta a punto de los equipos solicitados para la prestación del servicio objeto del presente anexo, será estricta responsabilidad del proveedor, cuya supervisión estará a cargo de la persona designada por el propio proveedor como su Enlace, y por el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, verificando las condiciones de instalación y operación del equipo, para lo cual se utilizará el formato contenido en el formato **T4.1 Cédula de Puesta a Punto**, verificando la realización de los estudios, conforme a la normatividad vigente y a lo solicitado en el presente Anexo Técnico.

El proveedor deberá elaborar, para cada equipo, el formato **T4.1 Cédula de Puesta a Punto,** debidamente requisitado en cada uno de sus incisos, adjuntando evidencia fotográfica, y deberá formalizarla en conjunto con el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, a quien se le entregará el original y en copia digital a la Coordinación de Unidades del nivel de atención correspondiente (CUPN, CUSN o CHAEPE). El proveedor, según la partida correspondiente, 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 Laboratorio Clínico.

Los equipos de laboratorio, complementarios y de cómputo instalados deberán cumplir con los niveles de servicio para el proceso de los estudios de los laboratorios clínicos en equipos automatizados, semiautomatizados o manuales, conforme a lo especificado en los **Anexos T3 Especificaciones Técnicas del Equipamiento**,considerando que sedeberá entregar, por cada equipo, sistemas de respaldo de energía (UPS) que soporte mínimo 30 minutos de energía, para asegurar la continuidad del procesamiento de 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 un Acta Informativa para dejar constancia de los motivos y razones de la no aceptación del equipo, firmando la misma por el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, considerándose como notificado el proveedor 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 proveedor no invalida el contenido del Acta Informativa. Por lo anterior, el proveedor 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 establecido para el inicio de la prestación del servicio.

Los reactivos, controles, calibradores y consumibles utilizados para la verificación de los equipos, de acuerdo con los protocolos establecidos por el fabricante, serán suministrados por el proveedor y no se considerarán como parte de la dotación para los estudios requeridos.

* + 1. Mejora Tecnológica.

En caso de que, en la puesta a punto, o durante la vigencia de la prestación del servicio, se requieran mejoras tecnológicas en los modelos de los equipos instalados, en alguno de los siguientes supuestos:

* Cambio de equipo de menor rendimiento (procesamiento de más bajo volumen de estudios) a mayor rendimiento (procesamiento de más alto volumen de estudios);
* Cambio de metodología a una de mayor sensibilidad/especificidad (analítica y/o diagnóstica) en el procedimiento;
* Cambio por presentar fallas imputables al equipo, por desperfectos o mal funcionamiento de los equipos.
* Cambio por pérdida de Registro Sanitario;
* Actualización o sustitución de hardware o software de los equipos.

El Administrador del Contrato, en caso de presentarse alguno de los supuestos anteriormente enlistados, mediante oficio, solicitará a la Coordinación de Unidades del nivel de atención correspondiente (CUPN, CUSN o CHAEPE), la Mejora Tecnológica, adjuntando el **Anexo T10 Mejora Tecnológica.** El Administrador del Contratonotificará al proveedor la necesidad de reemplazar el equipo por otro de los evaluados en su propuesta técnica, u otro que cumpla como mínimo lo correspondiente al **Anexo T3 Especificaciones Técnicas del Equipamiento**, para lo que se solicitará realice una propuesta de marca y modelo, así como el tiempo estimado para la instalación del equipo y, en su caso, aportar la documentación necesaria para la revisión. En caso de ser procedente la propuesta de Mejora Tecnológica, se notificará al proveedor para que proceda a realizar el cambio del(los) equipo(s), instalación, verificación, enlace con el sistema de información, el suministro de los bienes de consumo necesarios para su operación, y otorgar la capacitación al personal del Organismo, sin afectar la continuidad de la prestación del servicio.

El proveedor deberá elaborar, para cada equipo sustituido por Mejora Tecnológica, el **Anexo T4.1 Cédula de Puesta a Punto,**  debidamente requisitado en cada uno de sus incisos, adjuntando evidencia fotográfica, y deberá formalizarla, en conjunto, con el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, dentro de los 60 (sesenta) días naturales contados a partir del siguiente día natural de instalado, mismos que deberá entregar en original al Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico y en copia digital a la Coordinación de Unidades del nivel de atención correspondiente (CUPN, CUSN o CHAEPE) y a la CA.

* + 1. Gestor de Turnos.

El(los) proveedor(es) deberán considerar cuando proceda (p.ej: más de 100 usuarios por turno), la instalación de un gestor de turnos automatizado, para los Laboratorios Clínicos que lo requieran, con las siguientes especificaciones:

* Se requiere de un dispositivo de escaneo de código de barras, que registre el orden de llegada de los pacientes con cita, en el sistema de información.
* Un sistema audiovisual que permita mostrar la asignación de pacientes a los cubículos de toma de muestra, para lo cual se podrá instalar un interruptor para informar al sistema de información acerca de la disponibilidad de un cubículo para que el paciente sea llamado al cubículo disponible.

###### Bienes de Consumo.

El proveedor de cada partida deberáentregar los bienes de consumo para la realización de los estudios del SMI de Estudios de Laboratorio Clínico, establecidos en el **Anexo T1 Requerimientos SMI-ELC Ene-Dic 2025**, los 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 el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico,mediante el **Anexo T6 Cédula de Control de Bienes de Consumo**.

Se debe considerar como bienes de consumo los siguientes:

* Materiales necesarios para el proceso preanalítico de acuerdo con la norma internacional ISO 20658:2023 (Requisitos para la toma y el transporte de muestras para análisis en el laboratorio clínico)
* Insumos
* Sustancias
* Reactivos
* Controles
* Calibradores
* Consumibles

Todos los bienes de consumo que el proveedor 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 con lo manifestado por el fabricante del producto; deberán ser de origen nacional o de los países miembros de los Tratados de Libre Comercio, con capítulo de compras gubernamentales, vigentes suscritos por México.

Los bienes de consumo deberán tener 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 30 (treinta) días.

Si los bienes de consumo requieren temperaturas de conservación en rangos de refrigeración o congelación, el proveedor deberá considerar y proporcionar el equipo refrigerador/congelador necesario para este fin, que cuente con calificación y validación, de tamaño y capacidad acorde con las cantidades de insumos que se entreguen en cada Unidad Médica y a la disponibilidad de espacio; o en su caso, la instalación de aires acondicionados para mantener los insumos en las temperaturas establecidas por los fabricantes.

Los bienes de consumo no deberán ostentar las leyendas “Export Only”, ni “Investigation Only”, no ser descontinuados 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.

* + 1. Entrega Inicial.

La primera dotación de bienes de consumo corresponderá en cantidad, para la realización de la cantidad máxima de estudios que se realizan en 45 (cuarenta y cinco) días, conforme se establece en el **Anexo T1 Requerimientos SMI-ELC Ene-Dic 2025** y que deberá entregarse, como mínimo, antes de 7 (siete) días naturales previos a la puesta en operación de los equipos y al inicio de la prestación del servicio, en las unidades médicas incluidas en la partida.

* + 1. 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. Para la prestación del servicio, se deberá considerar que las entregas de bienes de consumo se realizarán los primeros 7 (siete) días hábiles de cada mes.

* + 1. Bienes de Consumo para Pruebas de Control Interno y Externo.

Para las pruebas de Control de Calidad Interno y Externo, los proveedores 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 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 y traslado indicadas por el fabricante, para cada grupo de estudios, con la periodicidad que establezca el programa al que se inscriba.

El(los) proveedor(es) deberán considerar lo señalado en el numeral C.13 Control de Calidad, del presente Anexo Técnico.

Los insumos señalados anteriormente no tendrán costo adicional para el Organismo.

* + 1. Entregas urgentes.

Los proveedores deberán realizar, conforme a las necesidades de cada laboratorio clínico de las Unidades Médicas, en la(s) partida(s) adjudicada(s), y a solicitud del Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, 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 su vez, el proveedor de la partida deberá realizar el traslado de muestras, para el procesamiento de los estudios, conforme a lo señalado en los apartados: Laboratorios alternos de Unidades Médicas para procesamiento de otras unidades o Laboratorios de Referencia, conforme lo señalado en el presente Anexo Técnico.

* + 1. Lugar y Horario de Entrega.

Las entregas deberán realizarse en los Laboratorios Clínicos de las Unidades Médicas, en los domicilios señalados en el **Anexo T1 Requerimientos SMI-ELC Ene-Dic 2025**, mediante el **Anexo T6 Cédula de Control de Bienes de Consumo**.

* + 1. Bienes de consumo desperdiciados.

El proveedor de cada partida deberá reponer los bienes de consumo desperdiciados, derivados de alguna falla en el proceso, con base en la notificación por parte del Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, utilizando el formato contenido en el **Anexo T5.1 Reporte de falla de los equipos.**

* + 1. Devolución y Reposición de Bienes de Consumo.

El Organismo solicitará al proveedor de cada partida, la reposición de los bienes de consumo que presenten defectos a simple vista o de fabricación, con especificaciones distintas a las establecidas en el contrato, identificadas posterior a la entrega, o de calidad inferior a la presentada en su 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, conforme al **Anexo T6.1 Devolución y reposición** y, a su vez, se notificará al proveedor, 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 Organismo. En caso contrario, el proveedor deberá realizar el traslado de muestras para el procesamiento de los estudios, conforme a lo señalado en los apartados: Laboratorios Alternos o Laboratorios de Referencia, de acuerdo con el presente Anexo Técnico.

* + 1. Suspensión/Inhabilitación de Registro.

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 el proveedor de cada partida, el Organismo procederá a la devolución o canje en términos de los establecido en el punto anterior, lo cual aplicará para los Laboratorios Clínicos en donde se hayan entregado dichos bienes de consumo, para la realización de los estudios motivo de este servicio.

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, el proveedor 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 30 (treinta) días naturales contados a partir de su notificación.

Los bienes de consumo no deberán ostentar las leyendas “Export Only”, ni “Investigation Only”, descontinuados 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, con capítulo de compras gubernamentales, vigentes suscritos por México.

En caso de no estar en condiciones de operar alguno de los Laboratorios Clínicos de la partida adjudicada, por la falta de bienes de consumo, imputable al proveedor, este prestará el servicio a través de Laboratorio Alterno/Laboratorio de Referencia o de otro Laboratorio Clínico del Organismo por un plazo máximo de 10 (diez) días naturales, de común acuerdo con ambos Jefes o Encargados de los servicios involucrados, sin costo adicional para el Organismo.

###### Visita de monitoreo.

Los proveedores a cada partida, a través del Enlace designado o a quien éste designe, deberán realizar visitas de monitoreo a los laboratorios clínicos de las Unidades Médicas incluidas en la(s) partida(s) adjudicada(s), durante la vigencia de la prestación del servicio, con una frecuencia mínima de cada 7 (siete) días naturales, y que se encuentran descritos en el **Anexo T1 Requerimientos del SMI-ELC Ene-Dic 2025** , para los cuales se 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.

###### Proceso Preanalítico.

El proveedor deberá proporcionará los bienes de consumo necesarios y suficientes para la obtención, colecta y transporte de muestras, incluyendo sillones de toma de muestras cuando la unidad carezca de este mobiliario. El nivel de servicio requerido es el considerado en la norma internacional ISO 20658:2023 (Requisitos para la toma y el transporte de muestras para análisis en el laboratorio clínico), teniendo como uso prioritario el sistema de extracción de muestras de sangre al vacío.

###### Visita a Sitio.

En caso de que los licitantes deseen realizar una visita a sitio de la(s) Unidad(es) Médica(s) de la(s) partida(s) en las que desea participar, el Organismo, por conducto del Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, proporcionará a los licitantes, las facilidades e información, con el propósito de que estos identifiquen las áreas donde se instalarán los equipos para la prestación del servicio y las adecuaciones que serán necesarias para el óptimo funcionamiento de los equipos, que proponga como parte de su propuesta técnica, para la prestación del servicio. Dicha visita podrá efectuarse a partir del día hábil siguiente a la publicación de la Convocatoria y hasta el día hábil previo a la Presentación de Proposiciones, dentro del horario comprendido de las 09:30 a las 14:00 horas, de lunes a viernes. El personal del Organismo intervendrá, únicamente, en la identificación y como guía del espacio en el que los equipos deberán ubicarse. Cabe señalar que el importe de la(s) visita(s) correrán a cuenta del licitante.

Es importante precisar que las dudas y aclaraciones derivadas de la visita al sitio de la prestación del servicio, serán contestadas en la Junta de Aclaraciones y no durante la visita misma, a fin de poner en igualdad de condiciones a todos los licitantes que participen.

En la visita a sitio que, en su caso decidan realizar los licitantes a las instalaciones institucionales, el servidor público responsable (Director de la Unidad Médica o Subdirector Administrativo o Subdirector Médico, o Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico) deberá llevar a cabo la formalización del acto, mediante la elaboración de una minuta que deberá ser firmada por los participantes, la cual contendrá, al menos, la fecha, hora de inicio y de conclusión; por parte del Organismo, los nombres completos de la totalidad de servidores públicos que estuvieron presentes y el carácter, cargo o puesto directivo con el que se ostentaron (Director de la Unidad Médica, Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico); por la Licitante, nombre, cargo y firma del personal asistente; así como los temas tratados, conforme con lo señalado en el numeral 14 del Anexo Primero del “PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE CONTRATACIONES PÚBLICAS, OTORGAMIENTO Y PRÓRROGA DE LICENCIAS, PERMISOS, AUTORIZACIONES Y CONCESIONES”, publicado en el DOF, el 20 de agosto de 2015, y sus reformas publicadas el 19 de febrero de 2016 y el 28 de febrero 2017, para lo cual el servidor público del IMSS – BIENESTAR (Director de la Unidad Médica o Subdirector Administrativo o Subdirector Médico, o Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico) deberá remitir, al Titular del Órgano Interno de Control (OIC), copia simple de la minuta que se levante del acto, en un plazo no mayor a dos días hábiles, contados a partir de su formalización. Dicha minuta no servirá de constancia de haber realizado la visita a las instalaciones de cada sitio que se visite, solo es para el debido cumplimiento del protocolo señalado, tampoco deberá incluirse como parte de la propuesta técnica de las licitantes.

En todos los casos, con independencia de que los licitantes realicen o no visita, deberán entregar en su Propuesta Técnica, carta en escrito libre, en hoja membretada de la empresa licitante, debidamente firmada por su representante legal, en la cual especifique que se compromete a realizar las adecuaciones del área física, para la instalación de los equipos de laboratorio, complementarios y de cómputo, condiciones y necesidades que deben considerar para la óptima prestación del servicio, en la(s) Unidad(es) Médica(s) de la(s) partida(s) en la(s) que participe.

Durante el proceso de instalación de los equipos, el proveedor deberá garantizar su correcta operación y asegurar que se cumpla con las siguientes especificaciones:

* Colocación del equipo permitiendo un fácil acceso y tránsito del personal en las áreas.
* Verificar que dispone de vías de comunicación e interconexión requerida entre los equipos y sistemas de información de la Unidad Médica.
* Contar con el suministro de agua y/o energía eléctrica ininterrumpidos.
* Contar con la instalación para el desecho adecuado de los reactivos, colorantes, etc., en caso de ser necesario.
* El área en donde se encuentra ubicado el equipo cuenta con las condiciones necesarias de temperatura, iluminación, ventilación, etc., o en su caso, incluir un mecanismo de control ambiental.

Cuando se requiera, el proveedor se compromete a realizar, sin costo alguno para IMSS-Bienestar, las adecuaciones pertinentes en cada una de las áreas de las Unidades Médicas. Cualquier adecuación a las instalaciones podrá realizarse con previa autorización del Titular de la Unidad Médica y del Jefe del Laboratorio Clínico, debiendo quedar concluida dentro de los 90 días naturales previos, comprendidos como el periodo de transición.

Asimismo, el Organismo, a través del Administrador del Contrato, hará la entrega del espacio el cual podrá adecuarse por los proveedores, de tal forma que puedan hacer uso como almacén para la guarda y custodia de los bienes de consumo como parte del servicio, durante la vigencia de la prestación del servicio

###### Adecuación del Área Física.

El proveedor deberá realizar, en las Unidades Médicas establecidas en el **Anexo T1 Requerimientos SMI-ELC Ene-Dic 2025** , la instalación y puesta en marcha de todo el equipo ofertado, durante los 45 días comprendidos como periodo de transición, incluyendo la interfase entre las diferentes áreas del laboratorio, hardware, software e impresoras requeridos para el almacenamiento, respaldo, validación e impresión de la información generada, así como el envío de la misma al expediente clínico electrónico cuando aplique, y que permita cumplir con la funcionalidad y normatividad establecida. Para los equipos que requieran el sistema para suministro de agua destilada o bidestilada, se deberá contemplar el abasto de agua cruda, las instalaciones y espacios para ello.

Las adecuaciones deberán realizarse, sin costo alguno para IMSS Bienestar, en cada uno de los Laboratorios Clínicos incluidos en las partidas adjudicadas a cada licitante, de acuerdo con el **Anexo T2 Directorio de Unidades Médicas**; para el funcionamiento óptimo de los equipos y periféricos propuestos para la prestación del servicio, formalizando el **Anexo T4.1 Cédula de Puesta a Punto, Apartado B**.

El suministro de agua, electricidad y los nodos de red, que serán sujetos de adecuación para la instalación de los equipos ofertados, sistema de información, equipo de cómputo y aire acondicionado tipo mini Split (en caso de requerirlo para el funcionamiento de los equipos). Deberá adecuarse un área para el almacenamiento guarda y custodia de los Bienes de Consumo.

###### Altas, Bajas y/o Cambio de Equipamiento.

Cuando el Laboratorio Clínico de las Unidades Médicas usuarias consideren que se requieren equipos adicionales, para abatir la carga de trabajo o que se requiere cambio de equipo con diferente capacidad analítica, podrá solicitarse por escrito al Administrador del Contrato, o a quien este designe, quien determinará y autorizará, en caso de ser procedente, el cambio o instalación del equipo, y lo solicitará por escrito al proveedor, quien a partir de la fecha de recepción del documento, contará con 15 días naturales para la instalación y puesta a marcha de los equipos solicitados, así como el retiro de los mismos, de ser el caso.

Cuando al término de la vigencia del contrato, se dé de baja al equipamiento, el proveedor se obliga a retirar, sin costo adicional para el Organismo, los equipos de su propiedad y que hayan sido instalados para el cumplimiento del contrato, en un plazo no mayor de 20 días naturales, previo acuerdo con las autoridades de la Unidad Médica. Lo anterior, exceptuando el retiro de los acordonamientos físicos del área como remozamientos, instalaciones eléctricas, hidráulicas, etc., evitando dañar las instalaciones del Organismo y asumiendo, a cargo del proveedor, los gastos y responsabilidad normativa que se generen por este concepto.

###### Unidades con Módulo para Toma de Muestras.

Las Unidades Médicas con requerimientos que no justifiquen asignación de equipamiento, para algún grupo de estudios, podrán funcionar como Unidades en las que se tomarán los estudios y serán enviados a Unidad Médica con equipamiento para el procesamiento. El traslado de las muestras será parte del servicio a cargo del proveedor. En este caso será indispensable cumplir cabalmente con lo establecido en la norma internacional ISO 20658:2023 (Requisitos para la toma y el transporte de muestras para análisis en el laboratorio clínico)

El proveedor proporcionará una centrifugadora con capacidad de acuerdo con la productividad en estas unidades, tomando en cuenta la infraestructura de cada laboratorio, así como el Sistema de Información y equipo de cómputo, impresora, etiquetadora y lector de código de barras.

###### Control de calidad.

El proveedor de cada partida, durante la vigencia de la prestación del servicio, analizará periódicamente, en conjunto con los Jefes o Responsables los Laboratorios Clínicos, los resultados que deriven de la aplicación del control de calidad interno, así como de la participación a los programas de control de calidad externo, a los que sean inscritos por parte del proveedor, a fin de tomar medidas correctivas en su caso, dando cumplimiento a la NOM-007-SSA3-2011.

* + 1. Control de Calidad Interno.

El proveedor deberá asegurar la dotación de los bienes de consumo necesarios, para la realización de los estudios del Control de Calidad Interno, de la totalidad de los equipos asignados a los Laboratorios Clínicos de las Unidades Médicas de la(s) partida(s) adjudicada(s), de acuerdo con las especificaciones del fabricante.

El proveedor, durante la vigencia de la prestación del servicio, analizará, conjuntamente con el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico ya solicitud del mismo, los resultados derivados del Control de Calidad Interno, con el fin de tomar medidas correctivas en su caso, para dar solución a la problemática presentada.

El Organismo podrá realizar, durante la vigencia de la prestación del servicio, evaluaciones analíticas y de atributos a los equipos y reactivos con los que se esté proporcionando los servicios, para aceptar aquellos que cumplan con las especificaciones requeridas y rechazar aquellos que se encuentren fuera de especificaciones.

* + 1. Control de Calidad Externo.

El proveedor está obligado a inscribir a los Laboratorios Clínicos de las Unidades Médicas a un programa de Control de Calidad Externo, acreditado ante una entidad nacional o internacional, para dar cumplimiento al Numeral 7.2 de la NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, publicada en el DOF, el 27 de marzo de 2012, para todos los equipos de los Laboratorios Clínicos de las Unidades Médicas, obligándose a entregar,al Encargado o Jefe de Servicio de Laboratorio Clínico y/o al Administrador del Contrato, el documento en original y facilitando a la Coordinación de Unidades del nivel de atención correspondiente (CUPN, CUSN o CHAEPE) una copia de la inscripción, a más tardar a los 10 días naturales contados a partir del día natural siguiente de la notificación del fallo.

El proveedor, durante la vigencia de la prestación del servicio, analizará, conjuntamente con el jefe o Encargado del Laboratorio Clínico,en cada ciclo, los resultados derivados del Control de Calidad Externo, con el fin de, en su caso, tomar medidas correctivas, dando cumplimiento a la Norma antes referida.

Los proveedores de las muestras para el Control de Calidad Externo, deberán contar con el reconocimiento de su capacidad técnica y confiabilidad, por una entidad de acreditación como proveedor de ensayos de aptitud.

###### Traslado de Muestras

Para todas las partidas, el Jefe o Encargado de Laboratorio Clínico de las Unidades Médicas, o a quien este designe, será el responsable de la entrega de las muestras en tubo primario, para su procesamiento externo al proveedor para su traslado, requisitando y validando el **Anexo T11 Requerimiento y formato de envío de muestras**.

El proveedor se encargará del traslado de las muestras de las Unidades Médicas al laboratorio responsable de procesar las muestras, y en su caso al Laboratorio Alterno o Laboratorio de Referencia conforme a los **Anexos T12 Laboratorios Alternos y T13 Laboratorios de Referencia,** de acuerdo con el nivel de servicio, de forma oportuna y eficiente.

* + 1. Condiciones mínimas en el traslado de muestras biológicas a los Laboratorios de otras Unidades Médicas del Organismo, Laboratorios Alternos o a los Laboratorios de Referencia.

Para el traslado de muestras, el proveedor deberá de trasportarlas en el sistema básico de triple embalaje, de conformidad con la *Guía para el Transporte Seguro de Substancias Infecciosas y Especímenes Diagnósticos*, emitido por la OMS; la *NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos*, publicada en el Diario Oficial de Federación, el 27 de marzo de 2012; y las Normas a que esta haga referencia; y que deberá incluir, cuando menos, lo siguiente:

* **Recipiente primario**: en el cual está contenida la muestra biológica (exudado faríngeo, exudado nasofaríngeo, lavado bronquio alveolar, biopsia, suero, etc.). El recipiente primario (p. ej. crio tubos, tubos o frascos con tapa de rosca) debe ser hermético para evitar que la muestra se derrame y tiene que estar perfectamente etiquetado, con el nombre o número de muestra del paciente. El recipiente primario deberá rodearse de material absorbente, como gasa o papel absorbente, y colocarse en un recipiente secundario hermético a prueba de derrames y golpes.
* **Contenedor secundario**: este contenedor rígido o flexible, es donde se colocará el recipiente primario; debe ser de cierre hermético, a prueba de filtraciones, con la finalidad de proteger el o los contenedores primarios. En el contenedor secundario se deberá colocar material amortiguador suficiente, para que no dañen las muestras y los refrigerantes, y que garanticen que la muestra se conserve a una temperatura entre 4 y 8 °C. Si se colocan varios recipientes primarios dentro de uno secundario, se deberá usar una gradilla y material absorbente para evitar algún derrame. Los recipientes secundarios deberán llevar las etiquetas de riesgo biológico y señal de orientación del recipiente.
* **Contenedor terciario**: caja de cartón o hielera y paredes cubiertas que permitan mantener firme el contenedor secundario, con sello hermético, bolsa con sello en el interior y paredes cubiertas que permiten mantener la muestra a temperatura ambiente o refrigeración según se requiera, que proteja el contenido de elementos externos del ambiente y debe estar etiquetado con los datos del remitente, destinatario y señal de orientación. La documentación que se integre al triple embalaje, deberá colocarse en la parte interior del paquete.
* **Entrega de Resultados**: una vez validados los resultados en laboratorios de otras unidades, este resultado deberá visualizarse, de manera inmediata, en el sistema de información del laboratorio de envío. En caso fortuito o de fuerza mayor, por el cual no se encuentre operando el sistema de información, se tendrán que visualizar como tiempo máximo durante las siguientes 24 horas de su validación. Se podrá enviar los resultados por medio del sistema de información y/o, en su defecto, por correo electrónico al Jefe o encargado del Laboratorio de envío.

###### Laboratorios Alternos.

Cuando existainterrupción del servicio por causas imputables al proveedor, este último deberá otorgar la atención de los Estudios de Laboratorio Clínico que, en su momento, no se puedan realizar en los Laboratorios Clínicos de las Unidades Médicas del Organismo, a través de los Laboratorios Alternos que proponga el proveedor para cada partida, y avalados por el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, para la prestación del servicio. El traslado de las muestras será a cargo y riesgo del proveedor, sin costo adicional para el Organismo, utilizando para tal efecto el **Anexo T12 Laboratorios Alternos**.

El proveedor deberá incluir, en la documentación que se entregará al Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, un listado de Laboratorio(s) Alterno(s), por cada laboratorio clínico, que deberá(n) estar ubicado(s) en la misma localidad que la Unidad Médica, y dará(n) el soporte, en caso de existir interrupción en el servicio, cumpliendo con la NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, publicada en el DOF, el 27 de marzo de 2012, el cual asumirá la responsabilidad de los resultados, utilizando el **Anexo T12 Laboratorios Alternos**.

El proveedor deberá entregar, a más tardar el día de inicio de la prestación de servicios, para cada Unidad Médica de la(s) partida(s) adjudicada(s), conforme al **Anexo T12 Laboratorios Alternos**, logística y pormenores técnicos al Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, con la siguiente documentación:

* Datos de identificación del laboratorio (nombre, dirección, teléfono y el nombre del encargado o responsable del laboratorio).
* Copia simple del Aviso de Funcionamiento y Responsable Sanitario del(los) Laboratorio(s) Alterno(s).
* Plan de Trabajo por cada Laboratorio Alterno propuesto, en el cual mencionen su metodología de trabajo, listado de equipos analizadores con su marca y modelo.
* Copia simple de los certificados de cumplimiento de Programa de Control de Calidad Externo.
* Copia simple de la constancia de certificación del Sistema de Gestión de Calidad, bajo la Norma ISO9001 o Acreditación bajo la Norma ISO15189 vigente.

Asimismo, el proveedor deberá contemplar, para los Laboratorios Alternos determinados en el **Anexo T12 Laboratorios Alternos**, que la recepción, embalaje, traslado de muestras y procesamiento de estudios, se envíen y entreguen los resultados de exámenes de rutina y especializados, a más tardar en 24 horas, y para exámenes de urgencias, a más tardar en 2 (dos) horas, e incluir en el sistema de información el resultado de los estudios de la Unidad Médica solicitante; esto por cuenta y riesgo del proveedor, sin costo adicional para el Organismo.

Entrega de resultados. Inmediatamente después de entregar las muestras que serán enviadas al Laboratorio Alterno, el proveedor tiene hasta 24 horas para entregar resultados de los estudios d rutina y especializados procesados en los Laboratorios Alternos, y para exámenes de urgencias, a más tardar en 2 (dos) horas, debiendo entregar los resultados en ambos casos, en el sistema de información de la Unidad Médica solicitante, por cuenta y riesgo del proveedor, sin costo adicional para el Organismo. El Jefe del Laboratorio Clínico y el Director de la Unidad Médica deberán acordar en conjunto con el proveedor el listado de exámenes de rutina, especializados y de urgencias.

###### Laboratorios de Referencia.

Para los estudios de los grupos de “Estudios Especiales” y “Pruebas de Alta Especialidad”, los estudios de bajo requerimiento y los que no se puedan procesar en los equipos instalados, el licitante deberá considerar en su oferta, la lista de laboratorios de referencia en donde se procesarán utilizando el **Anexo T13 Laboratorios de Referencia**, la cual deberá formar parte de su Propuesta Técnica.

El proveedor deberá entregar la logística y pormenores técnicos al Jefe o Encargado del Servicio de Laboratorio Clínico, la siguiente documentación:

* Razón social, dirección y nombre del responsable sanitario del Laboratorio.
* Copias simples del Aviso de funcionamiento y del responsable sanitario vigentes del Laboratorio
* Copia simple del comprobante de la acreditación vigente de la ISO 15189 vigente o la NMX-EC-15189-IMNC-2015, a nombre del laboratorio de referencia.
* Lista de estudios que se procesarán en los Laboratorios de Referencia, con los tiempos de procesamiento.
* Logística que tendrá para el embalaje y envío de muestras.
* Constancia de inscripción a un programa de Control de Calidad Externo para los estudios que se procesarán en ese laboratorio.

Entrega de resultados: Conforme a los días de proceso estipulados para cada estudio de Laboratorio, el proveedor tiene hasta 24 horas para entregar resultados de los estudios en el sistema de información de la Unidad Médica solicitante, por cuenta y riesgo del proveedor, sin costo adicional para el Organismo.

###### Mantenimiento

Para todas las partidas, el proveedor de cada partida, deberá realizar los mantenimientos preventivos y correctivos a la totalidad de los equipos instalados, sin costo adicional para el Organismo, durante la vigencia de la prestación del servicio, con la finalidad de mantenerlos en óptimas condiciones, garantizando la prestación del servicio de manera ininterrumpida.

Los mantenimientos preventivos y correctivos deberán considerar mano de obra especializada, refacciones originales, insumos y demás actividades que, en su caso, sean necesarias para la correcta operación de los equipos involucrados y de la interfaz de los equipos analizadores con el sistema de información. Los mantenimientos deberán ser efectuados por personal que demuestre, apropiadamente, su calificación y experiencia en los equipos involucrados.

* + 1. Mantenimiento Preventivo

El proveedor de cada partida, a más tardar el día 10 natural contado a partir del día natural siguiente de la notificación del fallo, y de manera anual dentro de los primeros 10(diez) días naturales de cada año, deberá entregar al Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, el **Anexo T5 Programa de Mantenimiento Preventivo** de cada equipo entregado e instalado en el que especificará la(s) fecha(s), para la realización del(los) mantenimiento(s) preventivo(s), de acuerdo con las especificaciones y recomendaciones del fabricante, de manera programada, calendarizada y documentada.

El mantenimiento preventivo se deberá proporcionar de acuerdo al calendario previamente establecido, en días y horas hábiles de los Laboratorios Clínicos, considerando las recomendaciones del fabricante de los equipos (protocolo de mantenimiento preventivo recomendado por el fabricante de equipos), o con un intervalo no mayor a 6 (seis) meses, para garantizar su correcto funcionamiento y la continuidad del servicio contratado; en su caso, reemplazo de partes originales y su calibración, sin costo adicional para el Organismo; en un plazo máximo de 10 (diez) días naturales, contados a partir de la fecha señalada en el **Anexo T5 Programa de Mantenimiento Preventivo**; el mantenimiento se podrá adelantar como máximo 10 (diez) días naturales antes de la fecha establecida, sin que esto sea considerado como un incumplimiento al nivel de servicio.

El proveedor deberá acreditar que cuenta con ingenieros o personal técnico especializado, capacitado y avalado por el fabricante, mediante certificado o carta bajo protesta de decir verdad, para que realice el mantenimiento preventivo de los equipos accesorios.

Es requisito para el proveedor, cumplir los mantenimientos preventivos, con la finalidad de mantener el equipo instalado en óptimas condiciones, a efecto de que el Organismo se encuentre en posibilidad de realizar, sin interrupción, en tiempo y forma, y con resultados de calidad, los estudios requeridos en el SMI-ELC.

Al finalizar el mantenimiento preventivo,se deberá entregar un reporte que asegure el cumplimiento del mantenimiento realizado en el equipo, recabando el visto bueno del Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, además de registrar en la bitácora del equipo y de colocar la etiqueta en el equipo que indique la fecha de realización del mantenimiento, la fecha del próximo mantenimiento y el nombre del técnico que lo realizó.

El proveedor debe considerar, en el mantenimiento preventivo, cualquier actualización de software que los equipos analizadores o equipos de cómputo que lo ameriten, y realizarlo durante la vigencia del contrato, sin costo alguno para IMSS-Bienestar.

* + 1. Mantenimiento Correctivo

El proveedor deberá proporcionar, durante la vigencia del contrato y sin costo adicional para IMSS-Bienestar, el mantenimiento correctivo a todos los equipos de laboratorio, equipo de cómputo y accesorios, que tengan un impacto o estén involucrados en el servicio integral de laboratorio, incluyendo mano de obra, refacciones nuevas y originales, lubricantes y demás actividades pertinentes, para la correcta operación y funcionamiento de los equipos involucrados, y garantizar la prestación continua del servicio en óptimas condiciones, para seguridad de los pacientes y usuarios.

El Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico reportará las fallas o descomposturas de los equipos de laboratorio, complementarios y de cómputo, periféricos o sistema de información, al Enlace designado por el proveedor de cada partida, vía correo electrónico y/o telefónica, al soporte de asistencia técnica, siendo obligación del prestador del servicio de cada partida asignar el folio correspondiente. Asimismo, el personal del Organismo deberá registrar, en la bitácora del equipo, el reporte de falla, el cual deberá tener fecha y hora de reporte, persona que recibe el reporte, partida, equipo, equipo complementario, accesorio o periférico reportado, número de serie y el folio de reporte asignado, utilizando para tal efecto el formato contenido en el **Anexo T5.1 Reporte de falla de los equipos**. Por su parte, el proveedor deberá atender el reporte y efectuar las reparaciones necesarias, en un plazo máximo de 48 horas siguientes, contadas a partir de la notificación del reporte que el Organismo realice.

En caso de requerirse, el reemplazo de partes o piezas por el desgaste o dañadas, deberán ser nuevas y originales y sin costo para el Organismo.

El servicio de mantenimiento correctivo debe otorgarse todas las veces que sea necesario y requerido por el área usuaria de las Unidades Médicas.

En caso de reparaciones mayores, donde los protocolos del fabricante estipulen la necesidad de realizar una validación/verificación del equipo que presentó la falla, se deberá realizar sin costo extra para el Organismo. En caso de reparaciones mayores en las que el proveedor determina la necesidad de sustituir el equipo y/o periférico, lo deberá reponer dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la notificación del reporte de falla por parte del Organismo, por otro de igual o mejores características y que proporcione los mismos parámetros, sin modificar el precio unitario del procedimiento y sin interrumpir la prestación del servicio y la operación del Laboratorio Clínico.

En caso de presentarse fallas imputables al equipo, por desperfectos o mal funcionamiento de los equipos los cuales impliquen la interrupción del servicio o el traslado y procesamiento de las muestras en otro Laboratorio Clínico, el proveedor de la partida deberá realizar la sustitución e instalación de un equipo de igual o mejores características, sin modificar el precio unitario del procedimiento y sin costo adicional para el Organismo. En todos los casos, deberá entregar reactivos, controles, calibradores, consumibles, catálogos, folletos, instructivos y manuales de operación, los cuales deberán estar en idioma español o traducción simple al español y Anexos T4, T4.1, T5, T7, T7.1, así como capacitación al personal que el Organismo designe.

El prestador del servicio será responsable de retirar de las Instalaciones de la Unidad Médica y sin costo alguno para el Organismo, cualquier pieza, refacción o equipo que haya sido sustituido durante el servicio de mantenimiento correctivo.

Cuando por causas relativas a los trabajos de mantenimiento preventivo o correctivo, ameriten la suspensión de la operación de uno o más equipos, el proveedor a esa partida deberá garantizar la prestación del servicio considerando el traslado y procesamiento de las muestras, de acuerdo a las necesidades, previo acuerdo con el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, en un Laboratorio Alterno, de Referencia o en otro Laboratorio Clínico del Organismo, por un plazo máximo de 10 (diez) días naturales, de común acuerdo con ambos Jefes o Encargados en el caso de laboratorios institucionales, sin costo adicional para el Organismo

###### Capacitación.

Para todas las partidas. El proveedor de cada partida deberá realizar una capacitación previa al inicio del servicio (dentro de los 10 días naturales contados a partir de que los equipos estén totalmente instalados y puestos en marcha, para poder instruir al personal sobre el manejo), y capacitación continua durante la vigencia de la prestación del servicio, por personal especializado. Esta capacitación tendrá como objetivo garantizar que el personal identifique las partes operativas de los equipos y su funcionamiento, así como la utilización y el mejor aprovechamiento de los bienes de consumo, para la realización de los estudios motivo de este servicio, el cual deberá cumplir los requisitos descritos en el presente Anexo Técnico.

Se deberá realizar un programa de Capacitación y Adiestramiento específico para cada Unidad Médica, orientado a cubrir las necesidades particulares, como el número total de personal adscrito, los diferentes turnos de operación del laboratorio y las condiciones especiales. Se debe incluir, en este programa, a todo el personal administrativo, médico o paramédico, de los diferentes turnos e involucrado en los procesos y actividades del Laboratorio.

El prestador del servicio deberá proveer de todo el material didáctico, herramientas tecnológicas y material necesario para la capacitación y adiestramiento teórico práctico del personal, sin que esto represente ningún costo para el Organismo. La información de referencia y material empleado para la capacitación teórica deberá quedar disponible, de forma electrónica, en el laboratorio o Unidad Médica, para su consulta posterior en caso necesario.

Toda capacitación debe llevarse a cabo, preferentemente, de forma presencial, en el área de Laboratorio de la Unidad Médica, o vía remota si la situación epidemiológica del sitio limita las actividades presenciales, y otorgar el apoyo con personal técnico capacitado, a fin de que esté presente en la puesta en marcha del sistema informático en cada una de las Unidades Médicas.

El número de sesiones necesarias, para brindar la capacitación, no debe estar limitado y debe cubrir todos los procedimientos necesarios para el manejo y manipulación del equipo, accesorios, material y software de la fase preanalítica, analítica y postanalítica del laboratorio, incluyendo:

* Uso racional y manejo adecuado de los equipos, accesorios y consumibles.
* Prácticas de bioseguridad y equipo de protección personal necesario para el manejo del equipo.
* Limpieza, calibración, ajuste y/o mantenimiento preventivo diario del equipo para su operación de rutina.
* Preservación, manipulación y almacenamiento de reactivos utilizados en los equipos.
* Preservación, manipulación y manejo de reactivos de desecho generados por los equipos.
* Interpretación correcta de datos y reporte de resultados.
* Atención a alertas o posibles fallas básicas en los equipos que pueda resolver el personal adscrito en sitio.
* Capacitación técnica práctica del sistema informático y programas asociados, que sean aplicables para la identificación y trazabilidad de las muestras, así como validación de resultados, generación de reportes y transferencia de datos al sistema de Información.

El proveedor de cada partida deberá presentar al Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, un programa de capacitación para el personal designado por el Organismo, en formato libre, detallando los contenidos temáticos, el tiempo de duración, considerando todos los turnos dentro de la jornada laboral del personal asignado.

Esta capacitación será coordinada y supervisada por el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, quien será el responsable de proporcionar la lista del personal a capacitar al proveedor. Se realizará en las instalaciones del Organismo en las Unidades Médicas de la(s) partida(s) adjudicada(s). Deberá proporcionar la capacitación al personal del Organismo, para el adecuado uso y manejo de los equipos de laboratorio, complementarios, bienes de consumo, de cómputo, periféricos, de los procedimientos analíticos, la cual deberá de cumplir los requisitos establecidos en el presente numeral. El control del Registro de Asistencia se realizará mediante el formato contenido en el **Anexo T7.1 Formato asistencia a capacitación**, el cual será avalado por el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico al término de cada evento.

Al término de la capacitación (previa y continua), el proveedor extenderá constancia individual de capacitación, que será entregada al Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico. Asimismo, se deberá requisitar el **Anexo T4.1 Cédula de Puesta a Punto, Apartado E y el Anexo T7.2 Formato de acreditación de la capacitación.**

Durante la vigencia del contrato, el proveedor deberá realizar la capacitación del personal de nuevo ingreso o que se integre como personal adscrito al laboratorio, además de cumplir con un programa de reforzamiento y/o actualización para todo el personal en los diferentes turnos, con una periodicidad semestral, que responda a las necesidades de capacitación institucional. El financiamiento en estos cursos de capacitación estará a cargo del proveedor. El presupuesto que el prestador del servicio asigne para la capacitación será de hasta del 1% del monto total del contrato, el cual deberá comprobar al finalizar el contrato mediante un informe, que incluya nombre, Unidad Médica y área de los participantes en los cursos, congresos, etc.

El prestador del servicio debe acreditar, con carta bajo protesta de decir verdad, la competencia y experiencia del personal designado para impartir la capacitación y adiestramiento, garantizando que cuenta con los conocimientos especializados y habilidades didácticas necesarias.

* + 1. Capacitación Continua.

La capacitación continua será solicitada cuando exista rotación de personal, incorporación de nuevo personal a los servicios, o cuando el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico considere necesaria una recapacitación. Será dirigida al personal del Organismo, para que identifique las partes operativas del equipo y su funcionamiento, así como la utilización y el mejor aprovechamiento de los bienes de consumo para la realización de los estudios motivo de este servicio. Esta capacitación será coordinada y supervisada por el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, quien será el responsable de proporcionar la lista del personal a capacitar al proveedor.

Durante la vigencia de la prestación del servicio deberá considerarse su realización, previa solicitud por escrito del Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, en un plazo máximo de 21 días naturales, contados a partir de la solicitud realizada al Contacto Designado del proveedor; la coordinación y supervisión de su realización estará a cargo del Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico

###### Sistema de Información de Laboratorio e Informe de Resultado.

* + 1. Firma del Acuerdo de Confidencialidad.

El(los) proveedor(es) se compromete(n) con el Organismo a firmar un acuerdo de confidencialidad (**Anexo TI.3 “Acuerdo de Confidencialidad”**), en el cual se establece que en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá hacer uso de la información puesta a su disposición o generada durante y posterior a la vigencia de la prestación del servicio para un fin distinto al establecido en su objeto y en el presente documento, sujetándose a las responsabilidades económicas, penales y de cualquier otra índole a instancia del Organismo, que deriven del incumplimiento de este acuerdo.

* + 1. Designación de Contacto Responsable con sus datos.

El(los) proveedor(es) deberá(n) notificar por escrito (**Anexo TI.4 “Designación de Contacto Responsable”**), los datos de contacto de la persona responsable de establecer comunicación con el Organismo, para todo lo referente al Sistema de Información, la cual deberá mantener una relación laboral con la empresa a quien se adjudica el contrato del Servicio Integral. El proveedor deberá notificar al Administrador del Contrato y a la Coordinación normativa correspondiente (**Anexo T2.1 Responsables del seguimiento del SMI-ELC)**, cualquier cambio que realice respecto al personal designado, con la finalidad de mantener actualizado el registro de contactos para cada proveedor. Toda comunicación entre el Organismo y el proveedor será, única y exclusivamente, mediante el personal designado, por lo que el Organismo se reserva el derecho de atender toda solicitud proveniente de proveedores o personas distintas a las designadas.

* + 1. Designación de Sistema y Empresa Soporte.

El(los) proveedor(es) deberá(n) notificar por escrito (**Anexo TI.5 “Designación de Sistema y Empresa Soporte”**), al Administrador del Contrato, el Sistema de Información que propone implantar en las unidades donde otorgará el servicio y la empresa que le dará soporte.

* + 1. Solicitud de Pruebas de Funcionalidad y Envío de Mensajería HL7.

El(los) proveedor(es) solicitará(n) por escrito (**Anexo TI.6 “Solicitud de Pruebas de Funcionalidad y Envío de Mensajería HL7”**), una cita de pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7 para su Sistema de Información, a la persona responsable de acuerdo al **Anexo T2.1 Responsables del seguimiento del SMI-ELC,** dentro de los 10 (diez) días hábiles posteriores al fallo, a efecto de que este realice la gestión correspondiente, para el otorgamiento de fechas para las pruebas respectivas por parte de la CTI.

Todos los documentos antes descritos: Firma del Acuerdo de Confidencialidad, Designación de Contacto Responsable con sus datos, Designación de Sistema y Empresa Soporte, y Solicitud de Pruebas de Funcionalidad y Envío de Mensajería HL7, deberán entregarse mediante un escrito libre, en hoja membretada de la empresa licitante, debidamente firmada por su representante legal, con facultades de administración o de dominio, en las Oficinas del Administrador del Contrato, en días y horas hábiles (lunes a viernes, de 9:00 a 17:00 hrs).

* + 1. Pruebas de Funcionalidad para Evaluación del Sistema de Información.

Las pruebas de funcionalidad y envío de mensajería HL7, constan de dos fases:

1. Evaluación en oficina. Serán realizadas en la CTI, en conjunto con la Coordinación Estatal correspondiente, para la validación de la funcionalidad del Sistema de Información del proveedor y para revisión del envío de mensajería HL7 del Sistema de Información del proveedor hacia la base de datos central del Organismo. En caso de cumplir exitosamente con las pruebas en oficina, la CTI notificará al(los) Administrador(es) del Contrato para la continuación de las pruebas funcionales en sitio.

2. Evaluación en sitio. Para la revisión, en conjunto con la CTI y la Coordinación Estatal, ingeniero biomédico y el jefe o encargado del laboratorio Clínico de la Unidad Médica, de la funcionalidad del Sistema de Información del proveedor y del envío de mensajería HL7, deberá realizarse en alguna de las Unidades Médicas adjudicadas previo acuerdo con el Administrador del Contrato.

Las pruebas funcionales en oficina y sitio considerarán una prueba, respectivamente, de los esquemas de reenvió de la mensajería HL7, considerando todos los escenarios de falla, relativos a la infraestructura del proveedor; esto para tener claros los parámetros y protocolos de actuación, ésta prueba será evaluada por el área de telecomunicaciones que el Organismo determine en acompañamiento de la CTI, o bien, el personal que esta área designen.

El proveedor deberá cubrir, en su totalidad, los puntos mencionados durante las pruebas funcionales y de envío de mensajería HL7, en oficinas y en sitio, en un plazo no mayor a la puesta a punto, contados a partir del día natural siguiente de la notificación del fallo, previo a la instalación del Sistema de Información en las Unidades Médicas adjudicadas.

Para las pruebas funcionales, se permitirán, como máximo, tres intentos para acreditar las pruebas funcionales en oficina y dos intentos para aprobar las pruebas en sitio; dentro del plazo de puesta a punto.

Una vez concluidas las pruebas funcionales (en oficina y en sitio), la CTI emitirá al proveedor un documento en el cual se acredite el cumplimiento del proceso, para la instalación del Sistema de Información, en todas las Unidades Médicas adjudicadas (documento denominado Comprobante de Cumplimiento de la Especificación Técnica).

En caso de no acreditar las pruebas funcionales, la CTIdeberá notificar al Administrador del Contrato, sobre el cumplimiento o incumplimiento de este requisito, a efecto de no emitir el comprobante correspondiente. La CTI, o quien el Organismo designe, deberá notificar al Administrador del Contrato sobre el cumplimiento o incumplimiento de este requisito.

Una vez concluido el periodo establecido para la realización de las pruebas de funcionalidad y puesta en punto del sistema de información, la CTI no recibirá más solicitudes.

* + 1. Instalación y Puesta a Punto del Sistema de Información.

El proveedor deberá llevar a cabo la instalación y puesta en operación del Sistema de Información que acreditó las pruebas funcionales señaladas en el punto anterior, para otorgar el Servicio de Laboratorio Clínico, conforme a las características y plazos establecidos.

El(los) proveedore(s) deberá(n) acordar y entregar al Administrador del Contrato, el Calendario de Despliegue respecto de la instalación del Sistema de Información en las Unidades Médicas adjudicadas, en un plazo no mayor a 2 (dos) días hábiles posteriores a la acreditación de las pruebas en sitio.

Una vez acordado el Calendario de Despliegue del Sistema de Información de las Unidades Médicas adjudicadas, el proveedor lo informará a cada Unidad Médica, por medio del Administrador del Contrato.

El proveedor deberá coordinar esfuerzos con la CTI, o quien ésta determine, para realizar las gestiones técnicas implicadas en el despliegue del Sistema de Información. Asimismo, deberá documentar el modelo de operación con el mayor detalle de tal forma que se conozca la configuración total del switch, así como el direccionamiento utilizado, sea o no parte del direccionamiento del Organismo, debiendo entregar una memoria técnica de la instalación.

El proveedor deberá llevar a cabo la instalación y puesta en operación de los programas de cómputo asociados, equipos de cómputo, UPS, periféricos y lectores de códigos de barras necesarios, para el control del servicio de Laboratorio Clínico y otorgar apoyo técnico necesario con personal capacitado, dentro de los plazos establecidos en los Niveles de Servicios en los Términos y Condiciones.

El proveedor deberá instalar los nodos de red necesarios, en cada Unidad Médica en la que prestará el servicio, uno para cada estación de trabajo (incluyendo Recepción y Jefatura de Laboratorio) y uno para el servidor por cada Coordinación Estatal, previo a la puesta en operación del Servicio. La categoría mínima aceptada, para los nodos, es categoría 6, misma que deberá ser acreditada antes de la instalación con la CTI o quien ésta determine.

El proveedor, en coordinación con el Jefe de Servicio de Laboratorio Clínico o Encargado, el CTI o quien ésta determine, levantarán una cédula de recepción de equipos programas de cómputo asociados, equipos de cómputo, periféricos y UPS, correspondientes a cada Unidad Médica, de acuerdo con los Anexos **T4 Cédula de Recepción de Equipos y T4.1 Cédula de Puesta a Punto** , lo cual no deberá de exceder de un plazo de 5 (cinco) días hábiles posteriores a la entrega del equipamiento a entera satisfacción del Organismo.

El proveedor deberá instalar el Sistema de Información que acreditó durante las pruebas funcionales y efectuar la entrega-recepción del equipamiento correspondiente, a entera satisfacción del Organismo, en todas y cada una de las Unidades Médicas adjudicadas.

El Organismo se reserva el derecho de poder revisar en cualquiera de las Unidades Médicas, en donde el proveedor otorga el servicio, que la versión instalada del Sistema de Información sea la descrita en el documento *Comprobante de Cumplimiento de la Especificación Técnica*, teniendo en cuenta que el incumplimiento por parte del proveedor activará los supuestos de penas convencionales y/o deducciones establecidas.

El Organismo, a través del Administrador del Contrato o quien éste determine, podrá evaluar, en cualquiera de las Unidades Médicas en donde el proveedor otorga el servicio, desviaciones en la operación derivadas del funcionamiento del Sistema de Información, de manera que el Área Requirente o Administrador del Contrato, solicite a la CTI la revisión correspondiente.

Ante cualquier cambio sobre la versión del Sistema de Información descrita en el documento *Comprobante de Cumplimiento de la Especificación Técnica,* el proveedor deberá someter a evaluación la nueva versión del Sistema y, en caso necesario, rehacer la batería de pruebas iniciales para garantizar el correcto funcionamiento.

El proveedor deberá tener disponible una página Web para la consulta, vía intranet, de los resultados de laboratorio. Este acceso deberá ser validado con el Jefe del Servicio o Encargado del Laboratorio Clínico en cada Unidad Médica.

Adicionalmente, el proveedor deberá contemplar la integración de toda la información que se tenga en el Sistema de Información del proveedor anterior, incluyendo histórico de pacientes, citas, resultados de todos los estudios, etc., sin costo adicional para el Organismo.

La información en la operación de los Servicios Integrales será propiedad del Organismo y es considerada como confidencial, conforme al **Anexo TI.3 “Acuerdo de Confidencialidad”**. Todo ello se conservará en el área donde se prestó el servicio y sólo podrán ser utilizados por un tercero con el consentimiento expreso del Organismo y bajo las disposiciones de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Asimismo, el proveedor se obliga a no hacer uso indebido de la misma, en caso contrario será responsable de los daños y perjuicios ocasionados al Organismo, ya sean de naturaleza civil, penal o administrativa.

###### Registro de información del Servicio de Estudio de Laboratorio Clínico.

La mensajería HL7 deberá ser enviada de manera exitosa (con respuesta exitosa por parte de los servicios web del Organismo) a la base de datos central del Organismo, dentro de las 24 horas siguientes a la fecha del evento de otorgamiento del servicio integral en las Unidades Médicas adjudicadas.

El(los) Licitante(s) que resulte(n) ganador(es) deberá(n) de instalar y mantener en operación, durante la vigencia de la prestación del servicio, la misma Empresa, Sistema y versión del Sistema de Información que fue aprobado por el Organismo (sin que esto se contraponga con las actualizaciones solicitadas por el Organismo), para todos los Laboratorios Clínicos que integren la partida, a fin de asegurar homogeneidad en la operación de los laboratorios clínicos, para lo cual debe de presentar, como parte de su propuesta, manifestación que se compromete a lo anterior.

El(los) Licitante(s) que resulte(n) ganador(es) deberá(n) otorgar un resguardo mensual de la información, en CD o en el medio que considere conveniente, de acuerdo con el volumen de información, mismo que será entregado al Encargado o Jefe de Servicio, a más tardar durante los primeros 10 (diez) días naturales del mes siguiente. El proveedor deberá proteger la información y deberá garantizar que esta sea entregada, en conjunto, con la contraseña respectiva mediante acuse de recibo.

Una vez iniciado el servicio y en el supuesto de que se requiera para la operación de Laboratorio Clínico de más equipo de los mencionados en este apartado, para cumplir con los niveles de servicio, deberá adicionarlos a la solución propuesta, sin costo adicional para el Organismo.

El(los) Licitante(s) que resulte(n) ganador(es) deberá(n) considerar un servidor tipo central por Coordinación Estatal, en el cual podrá concentrar la información de todas las partidas adjudicadas, cumpliendo con lo estipulado en el **Anexo TI.2 “Especificaciones Mínimas de los Equipos de Cómputo”**, este estará al resguardo del Organismo en el área que se crea conveniente, en coordinación con la CTI, y la administración del servidor estará a cargo de este.

El proveedor deberá proporcionar un acceso al Sistema de Información a la Coordinación de Unidades del nivel de atención correspondiente (CUPN, CUSN o CHAEPE) y a la CA. para consulta, a más tardar el día 90 (noventa) natural contado a partir del siguiente día natural de la notificación del fallo.

Durante la vigencia de la prestación del servicio, el proveedor de cada partida deberá enviar, cada mes, el concentrado por partida del **Anexo T9** **Reporte mensual de estudios efectivos realizados,** en formato Excel (\*.xls), correspondiente a cada Unidad Médica, a la Coordinación de Unidades del nivel de atención correspondiente (CUPN, CUSN o CHAEPE), a más tardar 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de cada corte.

* + 1. Asistencia Técnica

El proveedor de cada partida, deberá contar y proporcionar soporte en línea, a través del Sistema de Información y/o línea telefónica, para la asistencia técnica, de manera que otorgue servicio las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 días del año, donde se reportarán las fallas y se asignará un número de folio correspondiente para su seguimiento, y se dará atención a los Laboratorios Clínicos de las Coordinaciones Estatales incluidas en este servicio; la asistencia técnica deberá estar disponible y funcional a partir del día en que inicia la prestación del servicio y durante toda la vigencia del mismo. En caso de reincidencia de las fallas, la asistencia técnica podrá ser de carácter presencial.

* + 1. Designación de Enlace.

Los proveedores deberán designar, mediante escrito en formato libre y en hoja membretada, a la(s) persona(s) designada(s) como Enlace, por cada partida adjudicada,quien será el responsable de coordinar y validar las adecuaciones de las áreas físicas, así como de la logística para la entrega, instalación de los equipos hasta quedar en óptimas condiciones de funcionamiento en los Laboratorios Clínicos, entrega de Bienes de Consumo. Asimismo, realizará la entrega de accesorios/equipo complementario, conforme a los **Anexos T3 Especificaciones Técnicas del Equipamiento y TI2 “Especificaciones Mínimas de los Equipos de Cómputo”,** según corresponda**,** para que el servicio se preste a entera satisfacción del Organismo, a más tardar el 01 de enero de 2025, así como durante la vigencia de la prestación del servicio, del oportuno suministro de los bienes de consumo y de la prestación de asistencia técnica, mantenimientos preventivos y correctivos, y demás acciones que conlleva el servicio a contratar. Este escrito, con la designación, se deberá entregar el día de la presentación del servicio al Administrador del Contrato, a los Jefes o Encargados de los Laboratorios Clínicos, así como a la Coordinación de Unidades del nivel de atención correspondiente (CUPN, CUSN o CHAEPE) y a la CA en copia digital.

* + 1. Contingencia.

El proveedor, en caso de interrupción del servicio en algún Laboratorio Clínico, derivado de una contingencia interna o externa, deberá asegurar la continuidad de la prestación del servicio en coordinación con el Jefe o Encargado del servicio, sin costo adicional para el Organismo. Para ello bastará con la solicitud directa al Enlace, designado por el proveedor para que, en un plazo no mayor de 24 horas, presente un plan de contingencia

###### Controles para efecto de pago de los Estudios Efectivos Realizados.

Con el propósito de cuantificar las pruebas de laboratorio que realizará el Organismo en los equipos propuestos para la Prestación del Servicio Integral de Laboratorio, se aplicarán los siguientes criterios:

1. Se tomarán como Pruebas Efectivas para pago, aquellas que se realicen y que correspondan a las identificadas y registradas a través de una solicitud requisitada por el Médico Tratante.
2. Se entenderá por Prueba Efectiva Realizada al Estudio o Análisis de Laboratorio Clínico, que emite un resultado preciso, exacto y avalado por el personal del área correspondiente, realizado en muestras biológicas, procesado y registrado como realizado en el equipo del Prestador del Servicio Integral, con excepción de aquellas pruebas que se utilicen para el control de calidad interno y externo, controles y calibración de los equipos y aquellas que se deriven de fallas de estos, etc.
3. Los equipos para la Prestación del Servicio Integral de Laboratorio deberán incluir un contador de pruebas, al cual tendrá acceso restringido el personal autorizado por el Organismo lo que será notificado al Titular de cada Unidad Médica.
4. La validación de los analitos procesados deberá exigir una solicitud del Médico Tratante debidamente requisitada y que deberá contener como mínimo: nombre del paciente, RFC y tipo de derechohabiente, nombre y clave institucional del médico tratante, servicio solicitado (consulta externa, hospitalización o urgencias) y diagnóstico presuntivo.

No serán consideradas para efecto de pago aquellas pruebas que:

* Se utilicen para el control de calidad interno y externo.
* Se utilicen para controles y calibración de los equipos.
* Efectúen los técnicos de la empresa con motivo de revisiones y/o reparaciones de los equipos.
* Sean defectuosas o que se deriven de fallas del equipo y/o de revisiones y/o reparaciones de estos.
* Cuando habiéndose obtenido un resultado con valores fuera de rango se requieran de dilución.

###### Entrega de Instalaciones del Proveedor al Organismo.

Los licitantes deberán considerar que, en caso de resultar ganadores en la licitación, al término de la prestación del servicio/terminación anticipada/rescisión, deberán coordinar la logística de entrega de instalaciones y el retiro del equipo de laboratorio, complementarios, de cómputo y periféricos de su propiedad, con el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico, el Jefe de Conservación (o Ing. Biomédico), el Administrador del Contrato y proveedor saliente, a fin de realizar una transición que permita que el Organismo cuente, de manera ininterrumpida, con estos servicios. Al término de la vigencia de la prestación del servicio, los proveedores se obligan a retirar los equipos que son de su propiedad, sin dañar las instalaciones del Organismo y asegurando la permanencia de las adecuaciones al área física realizadas durante la vigencia de la prestación del servicio, previo acuerdo con las autoridades de la Unidad Médica correspondiente, en los tiempos que le sean indicados por escrito por el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico y en un plazo no mayor a **15 (quince) días naturales** posteriores al término de la vigencia del contrato, asumiendo a su cargo los gastos que se generen por este concepto, dejando constancia de lo anterior mediante acta-entrega de las instalaciones a entera satisfacción de ambos y conforme al **Anexo T14 Entrega de instalaciones al término de la prestación del servicio.**

# Proceso de entrega de bienes, de instalación de equipos o toda actividad que se requiera realizar, previo al inicio del contrato que deberá realizar el proveedor adjudicado; junto con las actividades correspondientes para el proveedor saliente, sin que en la transición se vea afectado IMSS-Bienestar.

Posteriormente a la notificación del fallo y previo al inicio del contrato, el proveedor deberá cumplir con lo establecido en los apartados c5, c6, c8, c9, c10, c18 y c10 de este Anexo Técnico.

Los proveedores salientes, con contrato vigente para el Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico, y los licitantes que resulten ganadores al SMI-ELC 2025, deberán de realizar una transición ordenada y sin interrupción del servicio para el Organismo, la cual deberá ser coordinada por el Director de la Unidad Médica, o a quien este designe, y el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico.

# Formatos anexos mediante los cuales se realizará la entrega-recepción, seguimiento, validación y aquellas funciones que se consideren necesarias para la correcta administración del servicio, arrendamiento o entrega de bienes.

|  |  |
| --- | --- |
| **Anexo** | **Descripción** |
| **T1** | Requerimientos SMI-ELC Ene-Dic 2025 |
| **T2** | Directorio de Unidades Médicas |
| **T2.1** | Responsables del seguimiento del SMI-ELC |
| **T3** | Especificaciones del Equipamiento |
| **T4** | Cédula de recepción de equipos |
| **T4.1** | Cédula de puesta a punto |
| **T5** | Programa de Mantenimiento Preventivo |
| **T5.1** | Reporte de falla de los equipos |
| **T6** | Cédula de Control de Bienes de Consumo |
| **T6.1** | Devolución y reposición |
| **T7** | Programa de Capacitación |
| **T7.1** | Formato de asistencia a capacitación |
| **T7.2** | Formato de acreditación de la capacitación |
| **T8** | Resumen de equipos ofertados |
| **T8.1** | Resumen de bienes de consumo ofertados |
| **T9** | Reporte mensual de estudios efectivos realizados |
| **T9.1** | Notificación de pena convencional |
| **T9.2** | Notificación de deductiva |
| **T10** | Mejora tecnológica |
| **T11** | Requerimiento y formato de envío de muestras |
| **T12** | Laboratorios Alternos |
| **T13** | Laboratorios de Referencia |
| **Anexo** | **Descripción** |
| **T14** | Entrega de instalaciones al término de la prestación del servicio |
| **T15** | Criterios de evaluación técnica por puntos y porcentajes |

# Generación de información. Estudios, formatos u otro, por parte del proveedor que pertenezcan a IMSS-Bienestar.

El proveedor se obliga a no divulgar por escrito, verbalmente o por cualquier otro medio la información que obtenga para el cumplimiento del contrato y mantener en la más estricta confidencialidad, los resultados parciales y finales del mismo, absteniéndose de dar a conocer cualquier información al respecto. Para tal efecto, el proveedor deberá entregar firmado el **Anexo TI.3 “Acuerdo de Confidencialidad”** a la CUPN, CUSN, CHAEPE y CA, a más tardar cinco días hábiles posteriores a la fecha de emisión del fallo.

La información contenida en el contrato que derive de esta Licitación es pública de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1, 24 fracción VI y 70 fracción XXVIII, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; sin embargo la información que proporcione el Instituto a el proveedor para el cumplimiento del objeto materia del mismo, será considerada como confidencial en términos del artículo 116 último párrafo del citado ordenamiento jurídico, por lo que el proveedor se compromete a recibir, proteger y guardar la información confidencial proporcionada por el Instituto con el mismo empeño y cuidado que tiene respecto de su propia información confidencial, así como hacer cumplir a todos y cada uno de los usuarios autorizados a los que les entregue o permita acceso a la información confidencial, en los términos del mencionado contrato.

El proveedor se compromete a que la información considerada como confidencial no será utilizada para fines diversos a los autorizados en el contrato; asimismo, dicha información no podrá ser copiada o duplicada total o parcialmente en ninguna forma o por ningún medio, ni podrá ser divulgada a terceros que no sean usuarios autorizados. De esta forma, el proveedor se obliga a no divulgar o publicar informes, datos y resultados obtenidos de la prestación de los servicios objeto del contrato, toda vez que son propiedad del Instituto.

Cuando concluya la vigencia del contrato, subsistirá la obligación de confidencialidad sobre los servicios solicitados en este instrumento legal y de los insumos utilizados para la prestación de los servicios.

En caso de incumplimiento a lo establecido, el proveedor tiene conocimiento de que el Organismo podrá ejecutar o tramitar las sanciones correspondientes.

Por otra parte, el proveedor saliente deberá realizar la integración de toda la información que se tenga en el sistema de información del contrato correspondiente ya concluido, incluyendo histórico de pacientes, agenda de citas (citas futuras), resultados de estudios, y la deberá entregar al Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico en un plazo no mayor a 10 días naturales posteriores al término de la vigencia del contrato.

# Pruebas. Método de evaluación, responsable de llevarlas a cabo, tiempo requerido para su realización, unidad de medida con la cual se determinará y resultado mínimo

A fin de garantizar la calidad del servicio, se realizarán las siguientes pruebas:

* **Validación**: El proveedor deberá proporcionar los equipos, reactivos e insumos necesarios para realizar estudios de laboratorio cuya metodología se encuentre validada por el fabricante para su uso previsto. Como método de evaluación, el proveedor deberá entregar, a más tardar al finalizar el plazo para la puesta a punto del servicio, el **informe de validación** del fabricante para los métodos de análisis cuantitativos, semicuantitativos y cualitativos.
* **Verificación**: Una vez realizada la instalación y puesta a punto de los equipos, el proveedor deberá realizar la verificación de los métodos de análisis empleados en la determinación de cada analito, conforme a los procedimientos y criterios de aceptación establecidos en la “Guía para la validación y la verificación de los procedimientos de examen cuantitativos empleados por el laboratorio clínico”, emitida por el CENAM y la EMA en junio de 2017. El proveedor deberá entregar el **informe de verificación** a más tardar al finalizar el plazo para la puesta a punto del servicio.
* **Control de calidad interno** y **Control de calidad externo**: El proveedor deberá proporcionar los medios necesarios para realizar estas actividades conforme a lo establecido en los apartados c.13.1 y c.13.2 de este Anexo Técnico.

El área técnica responsable de supervisar la realización y resultado de estas pruebas serán el Jefe del Laboratorio Clínico, el Jefe de Atención Médica de la Entidad o bien, a quien designe el Jefe de Servicios de Atención a la Salud de la Entidad para tal efecto.

# Modificación de la especificación técnica de algún bien que no se encuentre regulado por el Compendio Nacional de Insumos para la Salud expedido por el Consejo de Salubridad General.

Las fichas técnicas empleadas en este procedimiento se han obtenido de la información presente en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud publicado en el diario oficial con fecha 28 de abril de 2023, así como por la Coordinación de Equipamiento para Establecimientos de Salud las cuales podrán consultarse en el siguiente enlace anexo:

<https://imssbienestar.gob.mx/infra_fichas_tecnicas.html>

Adicional a esto, las fichas restantes se han obtenido de las licitaciones previas a la contratación del presente servicio realizadas por el IMSS BIENESTAR, modificando las características que pudieran limitar la libre participación.

# Normas.

El licitante deberá presentar escrito libre, en papel membretado, con la firma de su representante legal, debidamente digitalizado o escaneado, en el que manifieste que la empresa y su personal se obligan, durante la prestación del servicio y una vez adjudicado, a dar cumplimiento a las siguientes Normas Oficiales, que apliquen estrictamente a su actividad, así como favorecer el cumplimiento, por parte de la Unidad Médica, de aquellas Normas que, a través del servicio integral, se deban cumplir por parte de esta última.

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y Guías que el proveedor debe considerar para la prestación del Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico, así como cualquier otra normativa que se publique o actualice durante la vigencia de la prestación del servicio, son:

* **NMX-EC-15189-IMNC-2015**, Laboratorios Clínicos-Requisitos de la Calidad y Competencia, publicada en el DOF, el 26 de mayo de 2015.
* **NMX-EC-17043-IMNC-2010**, Evaluación de la Conformidad - Requisitos Generales para los Ensayos de Aptitud, publicada en el DOF, el 16 de agosto de 2011.
* **NMX-Z-055-IMNC-2009**, Vocabulario Internacional de Metrología-Conceptos fundamentales y generales asociados (VIM), publicada el 24 de diciembre de 2009.
* **NOM-001-STPS-2008**, Edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo-Condiciones de Seguridad, publicada en el DOF, el 24 de noviembre de 2008.
* **NOM-004-SSA3-2012**, Del expediente clínico, publicada en el DOF, el 15 de octubre de 2012.
* **NOM-005-SSA3-2010**, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, publicada en el DOF, el 16 de agosto de 2010.
* **NOM-005-STPS-1998**, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas, publicada en el DOF, el 02 de febrero de 1999.
* **NOM-007-SSA3-2011**, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, publicada en el DOF, el 27 de marzo de 2012.
* **NOM-008-SCFI-2002**, Sistema General de Unidades de Medida, publicada en el DOF, el 27 de noviembre de 2002.
* **NOM-010-SSA2-2010**, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, publicada en el DOF, el 10 de noviembre de 2010.
* **NOM-011-STPS-2001**, Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se genere ruido, publicada en el DOF, el 17 de abril de 2002.
* **NOM-012-STPS-2012**, Condiciones de seguridad y salud en los centros de trabajo donde se manejen fuentes de radiación ionizante, publicada en el DOF, el 31 de octubre de 2012.
* **NOM-016–SSA3-2012**, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, publicada en el DOF, 08 de enero de 2013.
* **NOM-017-SSA2-2012**, Para la vigilancia epidemiológica, publicada en el DOF, el 19 de febrero de 2013.
* **NOM-017-STPS-2008**, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo, publicada en el DOF, el 09 de diciembre de 2008.
* **NOM-018-STPS-2015**, Sistema armonizado para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo, publicada en el DOF, el 09 de octubre de 2015.
* **NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, publicada en el DOF, el 30 de noviembre de 2012.
* **NOM-030-SSA3-2013**, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, publicada en el DOF, el 12 de septiembre de 2013.
* **NOM-039-SSA2-2014**, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, publicada en el DOF, el 01 de junio de 2017.
* **NOM-045-SSA2-2005**, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicada en el DOF, el 20 de noviembre de 2009.
* **NOM-064-SSA1-1993**, Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico, publicada en el DOF el 24 de febrero de 1995.
* **NOM-077-SSA1-1994**, Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) para laboratorios de patología clínica, publicada en el DOF, el 01 de julio de 1996.
* **NOM-078-SSA1-1994**, Que establece las especificaciones sanitarias de los estándares de calibración utilizados en las mediciones realizadas en los laboratorios de patología clínica, publicada en el DOF. el 01 de julio de 1996.
* **NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, publicada en el DOF, el 17 de febrero de 2003.
* **NOM-240-SSA1-2012**, Instalación y operación de la tecnovigilancia, publicada en el DOF, el 30 octubre de 2012.

# Administrador del Contrato.

Persona servidora pública de IMSS-BIENESTAR, adscrita al Área Requirente, con nivel jerárquico de cuando menos Titular de División, Jefe de Servicios o equivalente, conforme al numeral 5.3.16 de las POBALINES, quien fungirá como lo establecen los artículos 2 fracción III Bis y 84 del RLAASSP, así como el numeral 1. “Definiciones y Siglas”, del apartado 5.2 Comisión Consultiva Mixta de Abastecimiento, del ACUERDO por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

# Tipo de Contrato.

Contrato abierto, de conformidad con lo establecido en el artículo 47 fracción I de la LAASSP.

## ANEXOS Y FORMATOS DEL ANEXO TÉCNICO

## Anexo T1 Requerimientos SMI-ELC Ene-Dic 2025

Ver archivo adjunto.

## Anexo T2 Directorio de Unidades Médicas

Ver archivo adjunto.

## Anexo T2.1 Responsables del seguimiento del SMI-ELC

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Partida** | **Entidad** | **Responsable** | **Correo electrónico** |
| 1 | Baja California | Dr. Manuel de Jesús Franco Solano | manuel.franco@imssbienestar.gob.mx |
| 2 | Baja California Sur | Dr. Carlos Enrique Murrieta Ramírez | carlos.murrieta@imssbienestar.gob.mx |
| 3 | Campeche | Dr. Mario Alberto Rosales López | mario.rosales@imssbienestar.gob.mx |
| 4 | Ciudad de México | Dr. Jesús Ortiz Ramírez | jesus.ortizr@imssbienestar.gob.mx |
| 5 | Chiapas | Dra. Rosalba Morales García | rosalba.morales@imssbienestar.gob.mx |
| 6 | Colima | Dr. Jorge Miguel Montoya Gutiérrez | jorge.montoya@imssbienestar.gob.mx |
| 7 | Estado de México | Dr. Raúl Serrano Loyola | raul.serrano@imssbienestar.gob.mx |
| 8 | Guerrero | Dra. Xóchilt Figueroa Flores | xochitl.figueroa@imssbienestar.gob.mx |
| 9 | Hidalgo | Dra. Concepción Carmona Ramos | concepcion.carmona@imssbienestar.gob.mx |
| 10 | Morelos | Dra. Claudia Salinas Córdova | claudia.salinas@imssbienestar.gob.mx |
| 11 | Nayarit | Ing. Gregorio Francisco Sánchez Vázquez | gregorio.sanchez@imssbienestar.gob.mx |
| 12 | Oaxaca | Dra. Lorena Bolaños Rodríguez | lorena.bolanos@imssbienestar.gob.mx |
| 13 | Puebla | Dra. Martha del Carmen Ulloa Peregrina | martha.ulloa@imssbienestar.gob.mx |
| 14 | Quintana Roo | Dr. Felipe Robles Miguel | felipe.robles@imssbienestar.gob.mx |
| 15 | San Luis Potosí | Dr. Juan Carlos Jiménez Rivera | juan.jimenez@imssbienestar.gob.mx |
| 16 | Sinaloa | Dr. Manuel Rigoberto Acosta Madueño | manuel.acosta@imssbienestar.gob.mx |
| 17 | Sonora | Dra. Sara María Córdova Manrique | sara.cordova@imssbienestar.gob.mx |
| 18 | Tabasco | Mtra. Vanessa Faviola Everardo Aguilar | vanessa.everardo@imssbienestar.gob.mx |
| 19 | Tamaulipas | Dr. José Luis Garza Ruiz | jose.garza@imssbienestar.gob.mx |
| 20 | Tlaxcala | Dra. Verónica Flores Mejía | veronica.flores@imssbienestar.gob.mx |
| 21 | Veracruz | Dr. Artemio Hernández Torres | artemio.hernandezt@imssbienestar.gob.mx |
| 22 | Yucatán | Dra. Estrella del Carmen García de la Peña | estrella.garcia@imssbienestar.gob.mx |
| 23 | Zacatecas | Dr. Daniel Ángel Espinosa Coba | daniel.espinoza@imssbienestar.gob.mx |

## Anexo T3. “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 electrólitos 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 2 | |
| **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 electrólitos 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 700 a 899 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 3 | |
| **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 electrólitos 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 500 a 699 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 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 electrólitos 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 electrólitos 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. | |  | |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR CLÍNICO PORTÁTIL DE SANGRE** | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 1. Química Clínica  Grupo 6. Gases en Sangre | | |
| **CLAVE** | | 531.048.0040 | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo portátil para la determinación de los siguientes analitos y parámetros seleccionables de acuerdo con las necesidades de las unidades médicas: | | |  |
| 2 | Estudios mínimos requeridos:  o Química clínica: Glucosa, lactato, Sodio, Potasio  o Gases en Sangre: pH, PCO2, PO2 | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE SANGRE OCULTA EN HECES.**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 1. Química Clínica – Hemoglobina Fecal | |
| **CLAVE** | | 531.048.0306 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | El equipo realiza una prueba de inmunoquímica automatizada para identificar hemoglobina humana en materia fecal bajo el método de inmunoensayo. | |  |
| 2 | Capacidad de procesamiento acorde a las necesidades de cada unidad médica | |  |
| 3 | Número de reactivos a bordo. Los suficientes para cubrir los analitos o estudios solicitados en una jornada de trabajo. | |  |

Grupo 2. Citometría Hemática

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE HEMATOLOGÍA**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 2. Citometría Hemática | |
| **CLAVE** | | 533.819.0688 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Principio de medición: análisis diferencial, rayo láser o radiofrecuencia. Impedancia o pulsos cumulativos, citoquímica o absorción de luz. | |  |
| 2 | Analitos o estudios para determinar por la unidad médica solicitante. | |  |
| 3 | Automático. | |  |
| 4 | Capacidad de procesamiento superior a 100 muestras por hora. | |  |
| 5 | Volumen de muestra: máximo 250 µl. | |  |
| 6 | Reporte de resultados en gráficas, números absolutos o porcentaje. | |  |
| 7 | Automuestreador y perforador automático del tapón de hule del tubo de recolección de sangre o unidad de muestreo automático con agitador. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE HEMATOLOGÍA**  Tipo 2 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 2. Citometría Hemática | |
| **CLAVE** | | 533.819.0688 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Principio de medición: análisis diferencial, rayo láser o radiofrecuencia. Impedancia o pulsos cumulativos, citoquímica o absorción de luz. | |  |
| 2 | Analitos o estudios para determinar por la unidad médica solicitante. | |  |
| 3 | Automático. | |  |
| 4 | Capacidad de procesamiento de 70 a 100 muestras por hora. | |  |
| 5 | Volumen de muestra: máximo 250 µl. | |  |
| 6 | Reporte de resultados en gráficas, números absolutos o porcentaje | |  |
| 7 | Automuestreador y perforador automático del tapón de hule del tubo de recolección de sangre o unidad de muestreo automático con agitador. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE HEMATOLOGÍA**  Tipo 3 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 2. Citometría Hemática | |
| **CLAVE** | | 533.819.0688 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Principio de medición: análisis diferencial, rayo láser o radiofrecuencia. Impedancia o pulsos cumulativos, citoquímica o absorción de luz. | |  |
| 2 | Analitos o estudios para determinar por la unidad médica solicitante. | |  |
| 3 | Automático o semiautomático. | |  |
| 4 | Capacidad de procesamiento 40 a 69 muestras por hora. | |  |
| 5 | Volumen de muestra: máximo 250 µl. | |  |
| 6 | Reporte de resultados en gráficas, números absolutos o porcentaje | |  |
| 7 | Automuestreador y perforador automático del tapón de hule del tubo de recolección de sangre o unidad de muestreo automático con agitador. | |  |

Grupo 3 Coagulación

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE COAGULACIÓN**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 3. Coagulación | |
| **CLAVE** | | 533.036.0768 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para procesamiento de muestras: tiempo de protrombina, parcial de tromboplastina, de trombina, de fibrinógeno, factores de coagulación y pruebas especiales. | |  |
| 2 | Detección del coágulo por al menos una de las siguientes metodologías: foto óptica, electromagnética, nefelométrica, fotomecánica o dispersión de luz. | |  |
| 3 | Canales de medición independientes. | |  |
| 4 | Sistema de incubación para muestras y reactivos. | |  |
| 5 | Capacidad de procesamiento superior a 100 Tiempo de Protrombina por hora | |  |
| 6 | Pipeteador integrado para reactivos y muestras en tubo primario y/o copa o copilla. | |  |
| 7 | Volumen de muestra 1 - 200 µl | |  |
| 9 | Capacidad para programar muestras urgentes. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE COAGULACIÓN**  Tipo 2 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 3. Coagulación | |
| **CLAVE** | | 533.036.0768 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para procesamiento de muestras: tiempo de protrombina, parcial de tromboplastina, de trombina, de fibrinógeno, factores de coagulación y pruebas especiales. | |  |
| 2 | Detección del coágulo por al menos una de las siguientes metodologías: foto óptica, electromagnética, nefelométrica, fotomecánica o dispersión de luz. | |  |
| 3 | Canales de medición independientes. | |  |
| 4 | Sistema de incubación para muestras y reactivos. | |  |
| 5 | Capacidad de procesamiento de 60 a 100 Tiempo de Protrombina por hora | |  |
| 6 | Pipeteador integrado para reactivos y muestras en tubo primario y/o copa o copilla. | |  |
| 7 | Volumen de muestra 1 - 200 µl | |  |
| 9 | Capacidad para programar muestras urgentes. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE COAGULACIÓN**  Tipo 3 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 3. Coagulación | |
| **CLAVE** | | 533.036.0768 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema para procesamiento de muestras: tiempo de protrombina, parcial de tromboplastina, de trombina, de fibrinógeno, factores de coagulación y pruebas especiales. | |  |
| 2 | Detección del coágulo por al menos una de las siguientes metodologías: foto óptica, electromagnética, nefelométrica, fotomecánica o dispersión de luz. | |  |
| 3 | Canales de medición independientes. | |  |
| 4 | Sistema de incubación para muestras y reactivos. | |  |
| 5 | Capacidad de procesamiento de 30 a 60 Tiempo de Protrombina por hora | |  |
| 6 | Pipeteador integrado para reactivos y muestras en tubo primario y/o copa o copilla. | |  |
| 7 | Volumen de muestra 1 - 200 µl | |  |
| 9 | Capacidad para programar muestras urgentes. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **MONITOR DE ANTICOAGULACIÓN**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 3. Coagulación – INR/Tiempo de Protrombina en Sangre Total Trombotest. | |
| **CLAVE** | | 531.048.0040 | |
| **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 estudios en líquidos corporales. Con las siguientes características seleccionables de acuerdo a las necesidades de las unidades médicas. (Estudio para determinar: INR capilar en Sangre Total) ratio internacional normalizado) | |  |

Grupo 4 Coagulación Especial

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE COAGULACIÓN**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 4. Coagulación Especial | |
| **CLAVE** | | 533.036.0768 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Capacidad de procesamiento de muestras para tiempo de protrombina, parcial de tromboplastina, de trombina, de fibrinógeno, factores de coagulación y pruebas especiales. | |  |
| 2 | Detección del coágulo por al menos una de las siguientes metodologías: foto óptica, electromagnética, nefelométrica, fotomecánica o dispersión de luz. | |  |
| 3 | Canales de medición independientes. | |  |
| 4 | Sistema de incubación para muestras y reactivos. | |  |
| 5 | Pipeteador integrado para reactivos y muestras en tubo primario y/o copa o copilla. | |  |
| PO6 | Volumen de muestra de 1 - 200 µl | |  |
| 7 | Capacidad para programar muestras urgentes. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **AGREGÓMETRO PLAQUETARIO**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 4. Coagulación Especial | |
| **CLAVE** | | 533.022.0012 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Analizador para mostrar la función plaquetaria in vitro por agregometría. | |  |
| 2 | Multicanal | |  |
| 3 | Permite detectar de la influencia de los inhibidores y activadores plaquetarios. Mínimo ADP, colágeno, epinefrina, ristocetina | |  |
| 4 | Generación de gráficos | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **Equipo para medir pruebas viscoelásticas de sangre**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 4. Coagulación Especial – 40.04.033 Ensayo viscoelástico de sangre | |
| **CLAVE** | | 533.899.0020 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Test de coagulación basado en la propiedad de la viscoelasticidad. | |  |
| 2 | Determinar el proceso de coagulación, desde la iniciación y formación hasta las medidas de estabilidad y de fibrinolisis. | |  |
| 3 | Representación de las variables obtenidas en la prueba | |  |
| 4 | Uso de sangre total o citratada | |  |

Grupo 5. Examen General de Orina

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA UROANÁLISIS**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 5. Examen General de Orina | |
| **CLAVE** | | 533.342.1385 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Principio de medición: fotometría de reflexión. | |  |
| 2 | Automatizado | |  |
| 3 | Con automuestreador para tubo de orina | |  |
| 4 | Analitos o estudios para determinar. Los especificados en el Anexo Técnico | |  |
| 5 | Capacidad de procesamiento: mínimo 200 muestras por hora | |  |
| 6 | Depósito de muestras. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA UROANÁLISIS**  Tipo 2 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 5. Examen General de Orina | |
| **CLAVE** | | 533.342.1385 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Principio de medición: fotometría de reflexión. | |  |
| 2 | Con automuestreador para tiras reactivas de orina | |  |
| 3 | Analitos o estudios para determinar. Los especificados en el Anexo Técnico. | |  |
| 4 | Capacidad de procesamiento: mínimo 200 tiras por hora | |  |
| 5 | Depósito de muestras. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA UROANÁLISIS**  Tipo 3 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 5. Examen General de Orina | |
| **CLAVE** | | 533.342.1385 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Principio de medición: fotometría de reflexión. | |  |
| 2 | Manual | |  |
| 3 | Analitos o estudios para determinar. Los especificados en el Anexo Técnico. | |  |
| 4 | Capacidad de procesamiento de muestra mínimo 40 tiras por hora. | |  |

Grupo 6. Gases en Sangre

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE GASES Y PH EN SANGRE**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 6. Gases en sangre – 40.06.001 Gases en Sangre | |
| **CLAVE** | | 533.036.0305 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Medición por electrodos y/o ion selectivo. | |  |
| 2 | Analitos o estudios para determinar conforme al Anexo Técnico. | |  |
| 3 | Automatizado o semiautomatizado. | |  |
| 4 | Funcionamiento con tanque de gas, cartucho o reactivo. | |  |
| 5 | Volumen máximo de muestra 200 µl. | |  |
| 6 | Aceptación de sangre total venosa, arterial o capilar. | |  |
| 7 | Capacidad de procesar mínimo 30 estudios por hora. | |  |
| 8 | Muestras en jeringa heparinizada o capilar | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE GASES Y ELECTROLITOS**  Tipo 2 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 6. Gases en sangre – 40.06.002 Gases en Sangre con analitos | |
| **CLAVE** | | 533.036.0123 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Medición por electrodos y/o ion selectivo. | |  |
| 2 | Analitos o estudios para determinar conforme al Anexo Técnico. | |  |
| 3 | Automatizado o semiautomatizado. | |  |
| 4 | Funcionamiento con tanques de gas o cartucho. | |  |
| 5 | Volumen máximo de muestra 200 µl. Aceptación de sangre total venosa, arterial y capilar. | |  |
| 6 | Capacidad de procesar mínimo 30 estudios por hora. | |  |
| 7 | Muestras en jeringa heparinizada o capilar. | |  |
| 8 | La determinación de los parámetros puede realizarse por cartuchos individuales o en conjunto | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE GASES Y CO-OXIMETRÍA**  Tipo 3 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 6. Gases en sangre – 40.06.003 Gases en Sangre con Co-oximetría | |
| **CLAVE** | | 533.036.0750 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Funcionamiento con tanque de gas, cartuchos o reactivos | |  |
| 2 | Analitos o estudios para determinar conforme al Anexo Técnico | |  |
| 3 | Capacidad de procesar mínimo 30 estudios por hora. | |  |
| 4 | Volumen máximo de muestra 200 µl. | |  |
| 5 | Aceptación de sangre total, venosa y arterial | |  |
| 6 | Muestras en jeringa heparinizada o capilar | |  |

Grupo 7. Microbiología

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SISTEMA AUTOMATIZADO DE MICROBIOLOGÍA**  Tipo 1 | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 7. Microbiología | 40.07.002 Identificación bacteriana  40.07.003 Sensibilidad bacteriana  40.07.009 Identificación de levaduras  40.07.010 Sensibilidad a Levaduras | |
| **CLAVE** | | 533.342.1427 | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para la identificación y/o susceptibilidad de bacterias y/o levaduras presentes en muestras biológicas.  Principio: paneles o tarjetas reactivos | | |  |
| 2 | Preparación, incubación, adición de reactivos manual o automatizado | | |  |
| 3 | Capacidad para incubar de 90 a 120 paneles o tarjetas en el mismo equipo | | |  |
| 4 | Lectura Automatizada de los paneles o tarjetas reactivos | | |  |
| 5 | Capacidad de procesamiento de pruebas de identificación y susceptibilidad | | |  |
| 6 | Programa para procesar la información, para la validación de antibiogramas o resistencias cruzadas | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SISTEMA AUTOMATIZADO DE MICROBIOLOGÍA**  Tipo 2 | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 7. Microbiología | 40.07.002 Identificación bacteriana  40.07.003 Sensibilidad bacteriana  40.07.009 Identificación de levaduras  40.07.010 Sensibilidad a Levaduras | |
| **CLAVE** | | 533.342.1427 | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para la identificación y/o susceptibilidad de bacterias y/o levaduras presentes en muestras biológicas.  Principio: paneles o tarjetas reactivos | | |  |
| 2 | Preparación, incubación, adición de reactivos manual o automatizado | | |  |
| 3 | Capacidad para incubar de 40 a 60 paneles o tarjetas en el mismo equipo | | |  |
| 4 | Lectura Automatizada de los paneles o tarjetas reactivos | | |  |
| 5 | Capacidad de procesamiento de pruebas de identificación y susceptibilidad | | |  |
| 6 | Programa para procesar la información, para la validación de antibiogramas o resistencias cruzadas | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SISTEMA DE MICROBIOLOGÍA**  Tipo 3 | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 7. Microbiología | 40.07.002 Identificación bacteriana  40.07.003 Sensibilidad bacteriana  40.07.009 Identificación de levaduras  40.07.010 Sensibilidad a Levaduras | |
| **CLAVE** | | 533.342.1427 | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema para la identificación y/o susceptibilidad de bacterias y/o levaduras presentes en muestras biológicas.  Principio:   * 1. Paneles   2. Tarjetas de reactivos o   3. Galerías de identificación y sensibilidad microbiológica | | |  |
| 2 | Preparación, incubación, adición de reactivos manual | | |  |
| 3 | Lectura de los paneles, tarjetas o galerías de manera manual o automatizada | | |  |
| 4 | Capacidad de procesamiento de pruebas de identificación y susceptibilidad | | |  |
| 5 | Programa para procesar la información, para la validación de antibiogramas o resistencias cruzadas | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SISTEMA AUTOMATIZADO PARA DETECCIÓN DE CRECIMIENTO MICROBIANO**  Tipo 1 | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 7. Microbiología | 40.07.004 Frasco de Hemocultivo | |
| **CLAVE** | | 533.819.0571 | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para la detección de crecimiento microbiano en sangre, médula ósea y líquidos corporales. | | |  |
| 2 | Capacidad de almacenamiento superior a 400 frascos, ya sea en un solo equipo o en modular | | |  |
| 3 | Técnica colorimétrica o fluorescente o por cambio de presión de gases. | | |  |
| 4 | Gabinete de temperatura constante. | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SISTEMA AUTOMATIZADO PARA DETECCIÓN DE CRECIMIENTO MICROBIANO**  Tipo 2 | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 7. Microbiología | 40.07.004 Frasco de Hemocultivo | |
| **CLAVE** | | 533.819.0571 | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para la detección de crecimiento microbiano en sangre, médula ósea y líquidos corporales. | | |  |
| 2 | Capacidad de almacenamiento de 200 a 250 frascos, , ya sea en un solo equipo o en modular | | |  |
| 3 | Técnica colorimétrica o fluorescente o por cambio de presión de gases. | | |  |
| 4 | Gabinete de temperatura constante. | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SISTEMA AUTOMATIZADO PARA DETECCIÓN DE CRECIMIENTO MICROBIANO**  Tipo 3 | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 7. Microbiología | 40.07.004 Frasco de Hemocultivo | |
| **CLAVE** | | 533.819.0571 | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para la detección de crecimiento microbiano en sangre, médula ósea y líquidos corporales. | | |  |
| 2 | Capacidad de almacenamiento de 100 a 150 frascos, , ya sea en un solo equipo o en modular | | |  |
| 3 | Técnica colorimétrica o fluorescente o por cambio de presión de gases. | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SISTEMA AUTOMATIZADO PARA DETECCIÓN DE CRECIMIENTO MICROBIANO**  Tipo 4 | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 7. Microbiología | 40.07.004 Frasco de Hemocultivo | |
| **CLAVE** | | 533.819.0571 | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para la detección de crecimiento microbiano en sangre, médula ósea y líquidos corporales. | | |  |
| 2 | Capacidad de almacenamiento de 40 a 60 frascos | | |  |
| 3 | Técnica colorimétrica o fluorescente o por cambio de presión de gases. | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ESPECTRÓMETRO DE MASAS** | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 7. Microbiología | 40.07.006 Identificación Microbiológica por espectrometría de masas | |
| **CLAVE** | | Sin clave | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para la detección de Género y especie. | | |  |
| 2 | Análisis por MALDI-TOF MS (matrix assisted laser  desorption ionization-time of flight-mass spectrometry) | | |  |
| 3 | Composición de una fuente de ionizante, un analizador de masas y un dispositivo de detección. | | |  |

Grupo 8. Inmunología

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA DETERMINAR PROTEÍNAS SÉRICAS**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 8. Inmunología | |
| **CLAVE** | | 533.819.0746 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Principio de medición por nefelometría y/o turbidimetría.  Analitos o estudios para determinar conforme al anexo técnico | |  |
| 2 | Capacidad de procesamiento de muestras conforme a las necesidades de cada unidad médica | |  |
| 3 | Capacidad de toma de muestra de tubo primario o copilla | |  |
| 4 | Capacidad de programación en paneles | |  |
| 5 | Capacidad de muestras a bordo | |  |

Grupo 9. Hormonas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA INMUNOENSAYO**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | GRUPO 9. Hormonas  Grupo 10. Marcadores Tumorales  Grupo 12. Serología  Grupo 13. Fármacos | |
| **CLAVE** | | 533.819.0613 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Que incluya como principio de medición, alguna de las siguientes metodologías: ELISA, FIA, FPIA, ELFA, MEIA, quimioluminiscencia o electroquimioluminiscencia. | |  |
| 2 | Analitos o estudios para determinar conforme al anexo técnico | |  |
| 3 | Capacidad de procesamiento superior a 150 muestras por hora. | |  |
| 4 | Volumen de muestras 1 – 50 µl. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA INMUNOENSAYO**  Tipo 2 | |
| **Grupo de Estudios:** | | GRUPO 9. Hormonas  Grupo 10. Marcadores Tumorales  Grupo 12. Serología  Grupo 13. Fármacos | |
| **CLAVE** | | 533.819.0613 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Que incluya como principio de medición, alguna de las siguientes metodologías: ELISA, FIA, FPIA, ELFA, MEIA, quimioluminiscencia o electroquimioluminiscencia. | |  |
| 2 | Analitos o estudios para determinar conforme al anexo técnico | |  |
| 3 | Capacidad de procesamiento entre 80 a 150 muestras por hora | |  |
| 4 | Volumen de muestras 1 – 50 µl. | |  |
| 5 | Control de temperatura. | |  |
| 6 | Identificación de muestras y reactivos por código de barras. | |  |
| 7 | Calibración automática o manual. | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE MARCADORES CARDIACOS** | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 9. Hormonas | 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 | |
| **CLAVE** | | 533.038.0048 | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para la determinación de marcadores cardiacos por medios de tiras reactivas, cartuchos o casete  Consta de los siguientes elementos: | | |  |
| 2 | Técnica de Enzimoinmuno-ensayo, por colorimétrica o amperometría | | |  |

Grupo 11. Autoinmunidad

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA INMUNOENSAYO**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 11. Autoinmunidad | |
| **CLAVE** | | 533.819.0613 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Que incluya como principio de medición, alguna de las siguientes metodologías: ELISA, FIA, FPIA, ELFA, MEIA, quimioluminiscencia o electroquimioluminiscencia. | |  |
| 2 | Analitos o estudios para determinar conforme al anexo técnico | |  |
| 3 | Capacidad de procesamiento menor a 150 muestras por hora. | |  |
| 4 | Volumen de muestras 1 – 50 µl. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **MICROSCOPIO BINOCULAR PARA TRABAJO ESPECIFICO INMUNOFLUORESCENCIA** | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 11. Autoinmunidad – 40.11.019 Anticuerpos contra Citoplasma de Neutrófilos (ANCA), IFI | |
| **CLAVE** | | 533.622.0933 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Con tubo binocular oblicuo con ajuste de distancia interpupilar y enfoque individual de cada ocular. | |  |
| 2 | Revólver 4 objetivos. | |  |
| 3 | Oculares 10X y/o 20X. | |  |
| 4 | Platina provista de carro con movimiento en X-Y. | |  |
| 5 | Mandos de enfoque macro-micrométrico coaxiales. | |  |

Grupo 12. Serología

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA INMUNOBLOT** | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 12. Serología – 40.12.007 Identificación de antígenos de VIH-1 (Western Blot) | |
| **CLAVE** | | 531.574.0014 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo automatizado o semiautomatizado para la confirmación y diferenciación de anticuerpos individuales contra el virus de la inmunodeficiencia humana tipo I (VIH-1) Lectura de Placa, tira o casete. | |  |
| 2 | Método Western Blot | |  |
| 3 | Especificidad mínima contra antígenos VIH-1 (p31, gp160, p24, gp41) | |  |

Grupo 13. Fármacos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO AUTOMATIZADO PARA DETERMINAR MEDICAMENTOS Y DROGAS DE ABUSO** | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 13. Fármacos | |
| **CLAVE** | | 533.819.0738 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para la medición cuantitativa o semicuantitativa en sangre y/o plasma y/o orina de medicamentos y drogas de abuso por técnica inmunológica (ELFA, nefelometría, colorimétrica, turbidimétrica, quimioluminiscencia, electroquimioluminiscencia, FPIA, EMIT, MEIA, EIA, ELISA). | |  |
| 2 | Analitos o estudios para determinar conforme a lo estipulado en el Anexo Técnico. | |  |
| 3 | Capacidad de procesamiento mínimo de 60 muestras por hora. | |  |
| 4 | Capacidad de toma de muestra de tubo primario o copilla. | |  |

Grupo 14. Hemoglobina Glucosilada

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 14. Hemoglobina Glucosilada | |
| **CLAVE** | | 531.048.0263 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para la determinación de hemoglobina glucosilada. | |  |
| 2 | Principio de medición: cromatografía de intercambio iónico, cromatografía por afinidad, colorimetría, inmunoturbidimetría o electroforesis. | |  |
| 3 | Automatizado. | |  |
| 4 | Capacidad de procesamiento superior a 60 muestras por hora. | |  |
| 5 | Volumen de muestra. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ANALIZADOR DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA**  Tipo 2 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 14. Hemoglobina Glucosilada | |
| **CLAVE** | | 531.048.0263 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para la determinación de hemoglobina glucosilada. | |  |
| 2 | Principio de medición: cromatografía de intercambio iónico, cromatografía por afinidad, colorimetría, inmunoturbidimetría o electroforesis. | |  |
|  | Automatizado o semiautomatizado. | |  |
| 3 | Capacidad de procesamiento de 10 a 60 muestras por hora. | |  |
| 4 | Volumen de muestra. | |  |

Grupo 15. Citometría de Flujo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **CITÓMETRO DE FLUJO**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 15. Citometría de Flujo | |
| **CLAVE** | | 533.609.0286 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado de citometría de flujo multiparamétrico, para el análisis e identificación de células, así como de sus marcadores de superficie e intracelulares. | |  |
| 2 | Módulo sensor con óptica de excitación que permita la lectura de 6-8 colores. | |  |
| 3 | Fotodiodo y detector de fluorescencia | |  |
| 4 | Detector de dispersión frontal y detector de dispersión lateral. | |  |
| 5 | Dos a tres velocidades de flujo de muestras. | |  |
| 6 | Modo de espera automático. | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **CITÓMETRO DE FLUJO**  Tipo 2 | | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 15. Citometría de Flujo | 40.15.01 Linfocitos T CD4+  40.15.02 Linfocitos T CD8+ | |
| **CLAVE** | | 533.609.0294 | | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | | |
| **Marca del Equipo:** | |  | | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para la cuenta absoluta de linfocitos T CD4 y CD8 en muestras de sangre completa y sin lisar. | | |  |
| 2 | Fuente de rayo láser, cámara de flujo, tubos fotomultiplicadores, filtros monocromáticos. | | |  |

Grupo 16: Citogenética

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **Campana**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 16. Citogenética | |
| **CLAVE** | | 533.159.0132 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Gabinete de seguridad biológica con ventana frontal deslizable y alarma que indica el nivel de apertura de la ventana. | |  |
| 2 | Flujo de aire vertical y recirculación de aire filtrado. | |  |
| 3 | De acero inoxidable. | |  |
| 4 | Filtros absolutos de eficiencia del 99.99% (HEPA) y retención de partículas de 0.3 micras. | |  |
| 5 | Llave para toma de oxígeno. | |  |
| 6 | Rejillas de protección para filtro absoluto. | |  |
| 7 | Luz fluorescente en la zona de trabajo. | |  |
| 8 | Base integrada al cuerpo del equipo. | |  |
| 9 | Control de encendido y de luces. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **MICROSCOPIO**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 16. Citogenética | |
| **CLAVE** | | 533.622.0925 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Instrumento óptico de apoyo con fines de diagnóstico para todo tipo de patologías detectadas microscópicamente. | |  |
| 2 | Cuerpo del microscopio ergonómico y con estativo metálico. | |  |
| 3 | Oculares de 10X con campo visual 20 mm mínimo. | |  |
| 4 | Tubo triocular para adaptar cámara digital. | |  |
| 5 | Revólver para cuatro objetivos. | |  |
| 6 | Objetivos planacromáticos de 4X, 10X, 40X y 100X como mínimo. | |  |
| 7 | Platina con pinza sujeta objetos para una o dos laminillas. | |  |
| 8 | Control de posicionamiento coaxial “XY” | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **CÁMARA PARA MICROSCOPIO**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 16. Citogenética | |
| **CLAVE** | | 533.622.0669 | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Cámara de vídeo compatible con el microscopio. | |  |
| 2 | Uso de vídeo cámara para PC | |  |
| 3 | Mínimo 3,000,000 (3.0 MP) Pixeles totales | |  |
| 4 | Sensor de imagen 1/2 ´CMOS | |  |
| 5 | Tamaño de Píxel de 3.2 μm x 3.2 μm | |  |
| 6 | Resolución mínima de 600 x 450, 1000 x 750, 2000 x 1500 | |  |
| 7 | Eliminador de Voltaje y CD Software | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **PLATINA**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 16. Citogenética | |
| **CLAVE** | | 533.681.0014 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Platina térmica para laboratorio para mantener temperado a muestras, medios y consumibles de plástico y de cristal. | |  |
| 2 | Control electrónico incorporado. | |  |
| 3 | Fuente de alimentación externa. | |  |
| 4 | Área calefaccionada MÍNIMO DE 450 x 250 mm | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **ESTUFA**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 16. Citogenética | |
| **CLAVE** | | 533.391.0262 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Estufa bacteriológica. | |  |
| 2 | Termostato para regulación de temperatura ambiente máximo 55°C. | |  |
| 3 | Escala de temperatura con divisiones de 1°C. | |  |
| 4 | Interior de acero inoxidable, con rejillas o entrepaños ajustables | |  |

Grupo 17. Electroforesis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA ELECTROFORESIS** | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 17. Electroforesis | |
| **CLAVE** | | 533.331.0067 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para electroforesis capilar o cromatografía líquida de alto rendimiento (HPLC) | |  |
| 2 | Automatizado o Semiautomatizado | |  |
| 3 | Para análisis cualitativo o cuantitativo de muestras | |  |
| 4 | Capacidad de realizar mínimo 8 pruebas por hora | |  |
| 5 | Permite la separación de proteínas (proteinograma) | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA ELECTROFORESIS EN GEL** | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 17. Electroforesis | |
| **CLAVE** | | 533.331.0067 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para electroforesis en gel. | |  |
| 2 | Capacidad de realizar inmunofijación en suero u orina | |  |
| 3 | Automatizado o Semiautomatizado para migración, tinción y escaneo de geles | |  |
| 4 | Capacidad de generar programas de migración. | |  |
| 5 | Permite la separación de proteínas (proteinograma) | |  |

Grupo 18. Histocompatibilidad

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **EQUIPO PARA SSP**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 18. Histocompatibilidad | |
| **CLAVE** | | 533.331.0067 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Cámara de electroforesis para geles de agarosa, para analizar aproximadamente 100 muestras simultáneamente en 4 líneas de 25 pozos cada uno. | |  |
| 2 | Fuente de poder para cámara de electroforesis | |  |
| 3 | Fotodocumentador que se conforma de Cámara Digital y Transiluminador | |  |
| 4 | Espectrofotómetro UV-Vis de espectro completo. | |  |
| 5 | Termociclador programable para reacciones de PCR con base para 96 pozos | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **FLURÍMETRO DE FLUJO**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 18. Histocompatibilidad | |
| **CLAVE** | | Sin clave | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para la realización de pruebas flurimétricas múltiple en micro separación de poliestireno con software de interpretación de resultados, unidad de manejo de resultados. | |  |
| 2 | Analizador de alta sensibilidad flexible basado en la flurimetría de flujo. | |  |
| 3 | Metodología combinada de hidráulica, óptica, robótica. | |  |
| 4 | Con control de temperatura en el software. | |  |
| 5 | Microesferas de poliestireno 5.6 micrones de tamaño. | |  |
| 6 | Análisis simultaneo de hasta 100 analitos en una muestra de prueba única. | |  |
| 7 | Con 2 rayos láser (verde y rojo). | |  |
| 8 | Unidad de análisis laser. | |  |
| 9 | Módulo de fluidos. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SECUENCIADOR**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 18. Histocompatibilidad | |
| **CLAVE** | | 531.048.0315 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo automatizado para secuenciación | |  |
| 2 | Capacidad de analizar muestras en mínimo 8 horas | |  |
| 3 | Capacidad de amplificar, secuenciar y realizar lecturas de paired-end. | |  |
| 4 | Los kits de preparación de biblioteca para secuenciación de genes, genomas pequeños y amplicones. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **CITÓMETRO DE FLUJO**  Tipo 3 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 18. Histocompatibilidad | |
| **CLAVE** | | 533.609.0286 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado de citometría de flujo multiparamétrico, para el análisis e identificación de células, así como de sus marcadores de superficie e intracelulares. | |  |
| 2 | Módulo sensor con óptica de excitación que permita la lectura mínima de 4 colores. | |  |
| 3 | Fotodiodo y detector de fluorescencia | |  |
| 4 | Detector de dispersión frontal y detector de dispersión lateral. | |  |
| 5 | Dos a tres velocidades de flujo de muestras. | |  |
| 6 | Modo de espera automático. | |  |

Grupo 19. Micobacterias

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **MICROSCOPIO BINOCULAR PARA TRABAJO ESPECIFICO INMUNOFLUORESCENCIA** | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 19. Micobacterias – 40.10.03 Baciloscopía por Auramida | |
| **CLAVE** | | 533.622.0933 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Con tubo binocular oblicuo con ajuste de distancia interpupilar y enfoque individual de cada ocular. | |  |
| 2 | Revólver 4 objetivos. | |  |
| 3 | Oculares 10X y/o 20X. | |  |
| 4 | Platina provista de carro con movimiento en X-Y. | |  |
| 5 | Mandos de enfoque macro-micrométrico coaxiales. | |  |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **Campana**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 19. Micobacterias | |
| **CLAVE** | | 533.159.0132 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Gabinete de seguridad biológica con ventana frontal deslizable y alarma que indica el nivel de apertura de la ventana. | |  |
| 2 | Flujo de aire vertical y recirculación de aire filtrado. | |  |
| 3 | De acero inoxidable. | |  |
| 4 | Filtros absolutos de eficiencia del 99.99% (HEPA) y retención de partículas de 0.3 micras. | |  |
| 5 | Llave para toma de oxígeno. | |  |
| 6 | Rejillas de protección para filtro absoluto. | |  |
| 7 | Luz fluorescente en la zona de trabajo. | |  |
| 8 | Base integrada al cuerpo del equipo. | |  |
| 9 | Control de encendido y de luces. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SISTEMA AUTOMATIZADO PARA CULTIVO DE MICOBACTERIAS**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 19. Micobacterias | |
| **CLAVE** | | 531.829.0722 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para aislamiento, cultivo, y pruebas de susceptibilidad antimicrobiana de micobacterias, en líquidos y tejidos corporales con método no radiométrico, con tecnología colorimétrica, fluorescente o por cambio de presión. | |  |
| 2 | Gabinete de temperatura constante. | |  |
| 3 | Mínimo 960 celdillas de incubación con cilindros de reflectancia e indicador fotométrico en cada una de ellas y/o gabinete con adaptador y sensor independiente por botella. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SISTEMA AUTOMATIZADO PARA CULTIVO DE MICOBACTERIAS**  Tipo 2 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 19. Micobacterias | |
| **CLAVE** | | 531.829.0722 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Sistema automatizado para aislamiento, cultivo, y pruebas de susceptibilidad antimicrobiana de micobacterias, en líquidos y tejidos corporales con método no radiométrico, con tecnología colorimétrica, fluorescente o por cambio de presión. | |  |
| 2 | Gabinete de temperatura constante. | |  |
| 3 | Mínimo 320 celdillas de incubación con cilindros de reflectancia e indicador fotométrico en cada una de ellas y/o gabinete con adaptador y sensor independiente por botella. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **Equipo de Biología Molecular**  Tipo 2 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 19. Micobacterias y Grupo 20 Biología Molecular – 40.19.08 Amplificación genética automatizada para Mycobacterium tuberculosis con resistencia a rifampicina | |
| **CLAVE** | | 533.342.1468 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para amplificación de ácidos nucleicos | |  |
| 2 | Automatizado | |  |
| 3 | Purificación, concentración y amplificación por Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) en tiempo real | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **Equipo de Biología Molecular**  Tipo 3 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 19. Micobacterias | |
| **CLAVE** | | 533.342.1468 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para extracción y amplificación de ácidos nucleicos | |  |
| 2 | Semiautomatizado o Manual | |  |
| 3 | Equipo para extracción de ácidos nucleicos con bloque de temperatura y calor | |  |
| 4 | Termociclador programable para reacciones de PCR con base para 96 pozos | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **Flurímetro** | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 19. Micobacterias  Tipo 1 | |
| **CLAVE** | | Sin clave | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Flurímetro | |  |
| 2 | Para medir concentración de ADN, ARN o proteínas | |  |
| 3 | Uso en una muestra por carga | |  |
| 4 | Menú para selección del tipo de ensayo | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SECUENCIADOR**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 19. Micobacterias | |
| **CLAVE** | | 531.048.0315 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | |  |
| 1 | Equipo automatizado para secuenciación | |  |
| 2 | Capacidad de analizar muestras en mínimo 8 horas | |  |
| 3 | Capacidad de amplificar, secuenciar y realizar lecturas de paired-end. | |  |
| 4 | Los kits de preparación de biblioteca para secuenciación de genes, genomas pequeños y amplicones. | |  |

Grupo 20 Biología Molecular

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **Equipo de Biología Molecular**  Tipo 2 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 20. Biología Molecular | |
| **CLAVE** | | 533.342.1468 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para amplificación de ácidos nucleicos | |  |
| 2 | Automatizado | |  |
| 3 | Purificación, concentración y amplificación por Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) en tiempo real | |  |
| 4 | Uso de cartucho por prueba individual | |  |
| 5 | Capacidad de montarse o habilitarse más módulos | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **Equipo de Biología Molecular**  Tipo 4 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 20. Biología Molecular | |
| **CLAVE** | | 533.342.1468 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para PCR múltiple automatizada | |  |
| 2 | Sistema de extracción y purificación de ácidos nucleicos desde muestra biológicas | |  |
| 3 | PCR multiplex anidada | |  |
| 4 | Capacidad de procesar paneles de patógenos causantes de infecciones respiratorias | |  |
| 5 | Capacidad de procesar paneles de patógenos causantes de meningitis & encefalitis | |  |
| 6 | Capacidad de procesar paneles de patógenos causantes de sepsis o infecciones asociadas a la atención a la salud | |  |
| 7 | Capacidad de procesar paneles de patógenos causantes de infecciones gastrointestinales | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **Equipo de Biología Molecular**  Tipo 5 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 20. Biología Molecular | |
| **CLAVE** | | 533.342.1468 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo automatizado de biología molecular | |  |
| 2 | Sistema de extracción y purificación de ácidos nucleicos desde muestras biológicas | |  |
| 3 | Amplificación y detección del ácido nucleico extraído por RT-PCR | |  |
| 4 | Extracción universal en cartucho unitario precargado asociado con múltiples e independientes PCR a partir de una o varias muestras extraídas. | |  |
| 5 | Capacidad de carga de tubo primario | |  |
| 6 | Tiempo desde extracción hasta resultado del análisis de aproximadamente 2 horas 30 minutos | |  |
| 7 | Formato unitario en casete | |  |
| 8 | Capacidad de proceso de:   * Monitorización de patógenos en inmunocomprometidos (CMV, Parvovirus B19, EBV, BKV, HSV1, HSV2) * Infecciones respiratorias * Encefalitis y meningitis * Infecciones asociadas a la salud * Infecciones gastrointestinales * Oncohematología (BCR-ABL) | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | **SECUENCIADOR**  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 20. Biología Molecular | |
| **CLAVE** | | Sin clave | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo automatizado para secuenciación | |  |
| 2 | Capacidad de analizar muestras en mínimo 8 horas | |  |
| 3 | Capacidad de amplificar, secuenciar y realizar lecturas de paired-end. | |  |
| 4 | Los kits de preparación de biblioteca para secuenciación de genes, genomas pequeños y amplicones. | |  |

Grupo 21. Carga Viral

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | Equipo de Biología Molecular  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 21. Carga Viral | |
| **CLAVE** | | 533.342.1468 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | | **Folio de referencia** |
| 1 | Equipo para la extracción, amplificación y/o detección de ácidos nucleicos (blanco), en muestras biológicas. | |  |
| 2 | Tecnología de enzimoinmunoanálisis, electroluminiscencia,  quimioluminiscencia, luminometría, fluorimetría, electroforesis o por método colorimétrico. | |  |
| 3 | Analitos o estudios a determinar conforme el Anexo Técnico. | |  |
| 4 | Rango de lectura de longitud de onda desde 450 a 715 nm. | |  |
| 5 | Velocidad de tiempo de lectura. | |  |
| 6 | Capacidad de detección de copias por ml. | |  |
| 7 | Capacidad para trabajar con volúmenes de muestras. | |  |

Grupo 23. Pruebas Especiales

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | Analizador de cloro en sudor | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 23. Pruebas especiales – 40.23.023 Cloruros en sudor | |
| **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 | Equipo para la determinación cuantitativa de cloruro en sudor humano | |  |
| 2 | Principio de valoración coulométrica | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | ESPECTROFOTÓMETRO INFRARROJO PARA PRUEBA DEL ALIENTO | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 23. Pruebas especiales – 40.23.023 Prueba del aliento con urea (PAU) para detección de H. pylori | |
| **CLAVE** | | 533.361.0292 | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | |  |
| 1 | Equipo automatizado para diagnóstico in vitro diseñado para medir cambios del contenido de 12C y 13C en el CO2 de muestras de aliento. | |  |
| 2 | Uso de espectrofotometría infrarroja. | |  |
| 3 | Para el diagnóstico de infección por Helicobacter pylori. | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | MICROSCOPIO INFRARROJO  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 23. Pruebas especiales – 40.23.072 Análisis físico químico de Litos | |
| **CLAVE** | | Sin clave | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | |  |
| 1 | Microscopio infrarrojo FT-IR | |  |
| 2 | Software para realizar identificación espectral de compuestos y mezclas puros | |  |
| 3 | Equipo automatizado controlado por computado | |  |
| 4 | Capacidad de fijar coordenadas | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO:** | | ESTEREOSCOPIO  Tipo 1 | |
| **Grupo de Estudios:** | | Grupo 23. Pruebas especiales – 40.23.072 Análisis físico químico de Litos | |
| **CLAVE** | | Sin clave | |
| **Nombre de Licitante:** | |  | |
| **Partida(s) en las que participa:** | |  | |
| **Marca del Equipo:** | |  | |
| **Modelo del Equipo:** | |  | |
| No. | **DESCRIPCIÓN:** | |  |
| 1 | Microscopio binocular estereoscópico | |  |
| 2 | Objetivos seleccionables de 2X, 4X | |  |
| 3 | Cabeza Binocular inclinada a 45° con ajuste de distancia interpupilar de 55 - 75 mm. | |  |
| 4 | Iluminación LED | |  |
| 5 | Cámara integrada | |  |

## Anexo T4 “Cédula de Recepción de equipos”

**PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 T3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 ORGANISMO.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| 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 T4.1 “Cédula de Puesta a punto”

PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La instalación del equipo obedece a alguno de los supuestos de “Mejora Tecnológica”:

Sí \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENTREGA DE ÁREA FÍSICA**

1.-FECHA EN QUE EL LICITANTE ADJUDICADO RECIBE POR PARTE DEL ORGANISMO 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 |

Apartado A:- 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 |

Apartado B: 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”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 ORGANISMO.

**COMENTARIOS/OBSERVACIONES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| NOMBRE Y FIRMA  JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO |  |  | NOMBRE Y FIRMA  REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO |

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 |

CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL ORGANISMO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 ORGANISMO 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 |

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 |  |  | NOMBRE Y FIRMA  REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO |

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? |  |  |

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 PUESTA A PUNTO | DÍAS DE INCUMPLIMIENTO |
| DÍA/MES/AÑO | **45 (cuarenta y cinco) 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EVIDENCIA FOTOGRÁFICA**

**(Adjuntar fotografías del equipo instalado y su entorno)**

**COMENTARIOS/OBSERVACIONES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| NOMBRE Y FIRMA  JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO |  |  | NOMBRE Y FIRMA  REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO |

**NOTA: ES OBLIGATORIO FORMALIZAR EL PRESENTE ANEXO Y EL JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO Y EN COPIA DIGITAL A LA CUSN/CNPM/CA, DENTRO DE LOS 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES DESPUÉS DE HABER INICIADO EL SERVICIO.**

## Anexo T5 Programa de Mantenimiento Preventivo

**PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROVEEDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE FALLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAQUETE** | **MARCA** | **MODELO** | **PERIODO DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO** | | |
| **DÍAS\*** | **MES** | **AÑO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*En caso de no tener un día estipulado y solo contemplar el mantenimiento un determinado mes, se debe dejar en blanco esta columna.

|  |
| --- |
| NOMBRE Y FIRMA  REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO |

## Anexo T5.1 Reporte de falla de los equipos

(ENTIDAD)

(UNIDAD MÉDICA)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Reporte de Incidente en el Servicio | | | | |
| Entidad |  | | | |
| Proveedor |  | | | |
|  | | | | |
| Reporte | | | | |
| Persona que realiza el reporte de incidencia |  | | | |
| Número de folio asignado |  | | | |
| Fecha y hora del Reporte |  | | | |
|  | | | | |
| Equipo o Incidente Reportado | | | | |
| Sección de Laboratorio |  | | | |
| Marca y modelo del equipo |  | | | |
| Número de serie del equipo |  | | | |
| Descripción de la Falla |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| Fecha de Atención de la Incidencia | |  | | |
| Fecha de Cierre de la Incidencia | |  | | |
| Número de días que excedió el nivel de Servicio, si es el caso: | | | |  |
|  | |  |  | |
| Nombre y Firma  Jefe o Encargado del Servicio | |  | Nombre y Firma  Representante del Proveedor | |

## Anexo T6 Cédula de Control de Bienes de Consumo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA:   ENTIDAD: | | | | | 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 |

## Anexo T6.1 Devolución y reposición

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARTIDA   ENTIDAD: | | | | | Fecha | | | | |
| Día: | | Mes: | | Año: |
| Unidad Médica: | | | | | No. de Contrato: | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| No. | Descripción del Bien de Consumo | Presentación | | | | No. de Lote | | Fecha de Caducidad | |
|  |  |  | | | |  | |  | |
| Proveedor y Fabricante: | | | Cantidad | | Fecha de recepción en la Unidad | | | | |
|  | | | Recibida | Devuelta | Día: | | Mes: | | Año: |
| Entrega No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Descripción detallada de los defectos encontrados: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| No. | Descripción del Bien de Consumo | Presentación | | | | No. de Lote | | Fecha de Caducidad | |
|  |  |  | | | |  | |  | |
| Proveedor y Fabricante: | | | Cantidad | | Fecha de recepción en la Unidad | | | | |
|  | | | Recibida | Devuelta | Día: | | Mes: | | Año: |
| Entrega No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Descripción detallada de los defectos encontrados: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| No. | Descripción | Presentación | | | | No. de Lote | | Fecha de Caducidad | |
|  |  |  | | | |  | |  | |
| Proveedor y Fabricante: | | | Cantidad | | Fecha de recepción en la Unidad | | | | |
|  | | | Recibida | Devuelta | Día: | | Mes: | | Año: |
| Descripción detallada de los defectos encontrados: | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y FIRMA  JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO |  |  | NOMBRE Y FIRMA  REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO |

## Anexo T7 Programa de Capacitación

PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Carta programática**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORA** | **EQUIPO DEL CUAL SE OTORGARÁ CAPACITACIÓN** | **TEMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NOMBRE Y FIRMA

REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO

## Anexo T7.1 Formato asistencia a capacitación

PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REMISIÓN DE ENTREGA DE EQUIPO No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MARCA Y MODELO DEL EQUIPO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TURNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTROL DE ASISTENCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **MATRÍCULA** | **CATEGORÍA** | **TURNO** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

## Anexo T7.2 Formato de acreditación de la capacitación

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NÚMERO DE CONTRATO:** | **PARTIDA:  ENTIDAD:**  **UNIDAD MÉDICA:** | | **FECHA DE ENTREGA DE LA ACREDITACIÓN DE CAPACITACIÓN** |
|  |  |  |  |
| **CLAVE** | **NOMBRE DEL EQUIPO:** | **MARCA** | **MODELO** |
|  |  |  |  |

POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO SE ACREDITA QUE LOS SIGUIENTES USUARIOS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL USUARIO** | **MATRÍCULA** | **CATEGORÍA** | **TURNO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ACREDITARON A ENTERA SATISFACCIÓN DEL JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO, LA CAPACITACIÓN CORRESPONDIENTE AL USO Y CUIDADOS DEL EQUIPO MENCIONADO EN EL ENCABEZADO DE ESTE DOCUMENTO, ENFOCADO A QUE EL PERSONAL IDENTIFIQUE LOS COMPONENTES OPERATIVOS DEL EQUIPO, SU FUNCIONAMIENTO, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN Y EL MEJOR APROVECHAMIENTO DE LOS BIENES DE CONSUMO, Y CONTROL DE CALIDAD INTERNO. ASIMISMO SE CONFIRMA QUE DICHA CAPACITACIÓN, ESTUVO DE ACUERDO A LOS TEMAS ESTIPULADOS EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CORRESPONDIENTE A DICHO EQUIPO Y QUE ES EL SIGUIENTE:

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN:** |  |
| **TEMARIO TRATADOS DE ACUERDO CON EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN:** |  |
| **TIEMPO DE DURACIÓN:** | **\_\_\_ HORAS EFECTIVAS.** |
| **CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO** |

NOTA: SE DEBERÁN ADJUNTAR LAS LISTAS DE ASISTENCIA A LAS PLÁTICAS DE CAPACITACIÓN, ASÍ COMO LAS EVALUACIONES DE LOS USUARIOS QUE ACREDITARON LOS CONOCIMIENTOS DEL CURSO.

## Anexo T8 Resumen de equipos ofertados

Especificaciones del Anexo T8 Resumen de Equipos ofertados:

Objetivo: Proporcionar a los licitantes la información necesaria para presentar en su propuesta técnica el *Anexo* T8 debidamente requisitado.

Ejemplo:

Tabla

Descripción generada automáticamente

**Datos del reporte:**

C

1. Licitante: Anotar el nombre del licitante participante, en caso de estar en participación conjunta con dos o más empresas, deberá anotar el nombre de todos.
2. Partida: anotar la partida para la que va a participar el (los) licitantes(s), en caso de ir por varias partidas, podrá registrarlas en un solo formato (por ejemplo, partida 1-11, 15-18, 22).
3. Entidad: anotar la Entidad para la que va a participar el (los) licitantes(s), en caso de ir por varias Entidades, podrá registrarlas en un solo formato.
4. Paquete: anotar el número romano del paquete y respectivo nombre (por ejemplo: Paquete II Inmunohematología), en caso de que oferte el mismo equipo en diferentes paquetes, deberá duplicarse (como es el caso de los equipos de inmunohematología en el paquete I y II).
5. Nombre del equipo: anotar el nombre del equipo Anexo T3 “Especificaciones Técnicas del equipamiento”.
6. Marca: anote la marca del equipo.
7. Modelo: ante el modelo del equipo, en caso de no contar con modelo, escriba la leyenda “NO APLICA”.
8. Registro sanitario: anote el número del registro sanitario, solo se debe presentar el último registro sanitario del equipo.
9. Fecha de vencimiento: anote la fecha de vencimiento del registro sanitario tal como aparece en la última hoja del registro (por ejemplo 03 de mayo de 2021).
10. Comprobante de trámite: solo para los casos en que el registro sanitario haya vencido y este se haya sometido a una prórroga o modificación; se deberá anotar el número exclusivo que COFEPRIS emitió en el comprobante de trámite para la prórroga autorización o modificación del registro sanitario.
11. Folios: se deben anotar los folios de su propuesta en los que aparece el registro sanitario y en dado caso el comprobante de trámite se aclara que solo se debe presentar el último registro sanitario
12. Anexo T3: se deben anotar los folios en los que aparece el equipo dentro del Anexo T3 “Especificaciones Técnicas del equipamiento”.
13. Propuesta técnica: se deben anotar los folios en los que aparecen las especificaciones solicitadas en el del Anexo T3 “Especificaciones Técnicas del equipamiento”, ya sean catálogos, manuales, anexos, fotografías, etc.

| **Anexo T8. Resumen de Equipo ofertados.**  **Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico 2025** | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Licitante: | |  | | | | | | | | |
| Partida: | |  | | | | | | | | |
| Grupo | Nombre del Equipo | | Marca | Modelo | Registro Sanitario | Fecha de vencimiento | Comprobante de Trámite | Folios | Anexo T3 | Propuesta Técnica |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Anexo T8.1 Resumen de bienes de consumo ofertados

**Objetivo:** Proporcionar a los licitantes la información necesaria para presentar en su propuesta técnica el T8.1 Resumen de Bienes de consumo debidamente requisitado.

**Ejemplo:**

Interfaz de usuario gráfica

Descripción generada automáticamente con confianza baja

**Datos del reporte:**

C

1. Licitante: Anotar el nombre del licitante participante, en caso de estar en participación conjunta con dos o más empresas, deberá anotar el nombre de todos.
2. Partida: anotar la partida para la que va a participar el (los) licitantes(s), en caso de ir por varias partidas, podrá registrarlas en un solo formato (por ejemplo, partida 1-11, 15-18, 22).
3. Grupo: anotar el número y nombre del grupo de estudios, para el que está destinado el equipo.
4. Nombre del equipo: anotar el nombre del equipo para el que va destinado el bien de consumo conforme al Anexo T3 “Especificaciones Técnicas del equipamiento”.
5. Marca: anote la marca del equipo.
6. Modelo: ante el modelo del equipo, en caso de no contar con modelo, escriba la leyenda “NO APLICA”.
7. Clave del estudio: anotar la clave del estudio con el cual está vinculado el bien de consumo a ofertar.
8. Descripción: se anota el nombre del estudio con el cual está vinculado el bien de consumo a ofertar.
9. Registro sanitario: anote el número del registro sanitario, solo se debe presentar el último registro sanitario del bien de consumo.
10. Fecha de vencimiento: anote la fecha de vencimiento del registro sanitario tal como aparece en la última hoja del registro (por ejemplo 03 de mayo de 2021).
11. Comprobante de trámite: solo para los casos en que el registro sanitario haya vencido y este se haya sometido a una prórroga o modificación; se deberá anotar el número exclusivo que COFEPRIS emitió en el comprobante de trámite para la prórroga autorización o modificación del registro sanitario.
12. Folios: se deben anotar los folios de su propuesta en los que aparece el registro sanitario y en dado caso el comprobante de trámite se aclara que solo se debe presentar el último registro sanitario.

| **Anexo T8.1. Resumen de Bienes de Consumo**  **Servicio Médico Integral de Estudios de Laboratorio Clínico 2025** | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Licitante: | |  | | | | | | | | |
| Partida: | |  | | | | | | | | |
| Grupo | Nombre del Equipo | | Marca | Modelo | Clave del Estudio | Descripción | Registro Sanitario | Fecha de vencimiento | Comprobante de Trámite | Folios |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Anexo T9 Reporte mensual de estudios efectivos realizados

PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UNIDAD MÉDICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. De CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIGENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL\_\_\_\_\_\_\_\_AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DEL MES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Clave** | **ESTUDIO** | **NÚMERO DE ESTUDIOS REALIZADOS** | **PRECIO UNITARIO (SIN I.V.A.)** | **IMPORTE**  **(SIN I.V.A.)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y FIRMA  JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO |  |  | NOMBRE Y FIRMA  REPRESENTANTE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO |

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE Y FIRMA  DIRECTOR O RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA |

## Anexo T9.1 Notificación de pena convencional

PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mediante el presente documento se notifica **al Administrador del Contrato** de la pena convencional aplicable.

El cual el proveedor es acreedor toda vez que este servicio de LABORATORIO CLÍNICO ha identificado el(los) incumplimiento(s) siguiente(s):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PENA APLICABLE %** | **COMENTARIO / OBSERVACIÓN** | **EVIDENCIA DOCUMENTAL** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Lo anterior para su cálculo, notificación y aplicación de la pena convencional aplicable reportada en el presente documento.

Nota: Anexar documentos que servirán como evidencia.

|  |
| --- |
| NOMBRE Y FIRMA  JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO |
| NOMBRE Y FIRMA  JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS |

## Anexo T9.2 Notificación de deductiva

PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mediante el presente documento se notifica **al Administrador del Contrato** de la deducción aplicable.

El cual el proveedor es acreedor toda vez que este servicio de LABORATORIO CLÍNICO ha identificado el(los) incumplimiento(s) siguiente(s):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **DEDUCCIÓN %** | **COMENTARIO / OBSERVACIÓN** | **EVIDENCIA DOCUMENTAL** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Lo anterior para su cálculo, notificación y aplicación de la deducción aplicable reportada en el presente documento.

Nota: Anexar documentos que servirán como evidencia.

|  |
| --- |
| NOMBRE Y FIRMA  JEFE DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS |
| NOMBRE Y FIRMA  JEFE O ENCARGADO DEL LABORATORIO CLÍNICO |

## Anexo T10 Mejora Tecnológica

PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROVEEDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE FALLO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. MOTIVO DE REEMPLAZO:

|  |  |
| --- | --- |
| Cambio de equipo de menor rendimiento (procesamiento de más bajo volumen de estudios) a mayor rendimiento (procesamiento de más alto volumen de estudios); |  |
| Cambio de metodología a una de mayor sensibilidad/especificidad (analítica y/o diagnóstica) en el procedimiento; |  |
| Cambio por presentar más de 2 (dos) reportes de fallas imputables al equipo, por desperfectos o mal funcionamiento de los equipos en un período de 30 (treinta) días naturales o acumular 4 (cuatro) reportes de fallas en 365 días naturales; |  |
| Cambio por pérdida de vigencia del Registro Sanitario; |  |
| Actualización o sustitución de hardware o software de los equipos considerados en el Anexo T3 |  |

1. EQUIPO INSTALADO

ANEXAR ANEXO T4 “CÉDULA DE RECEPCIÓN DE EQUIPOS”

1. EQUIPO PROPUESTO PARA SUSTITUCIÓN

1.- MARCA1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.- MODELO1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.- GRUPO O PRUEBAS QUE SE REALIZAN EN EL EQUIPO1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.- EN CASO DE QUE APLIQUE NÚMERO(S) DE SERIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.- CLAVE DE COMPENDIO NACIONAL DE INSUMOS “EN CASO DE CONTAR CON UNA”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.-CONSTANCIA DEL PRIMER MANTENIMIENTO PREVENTIVO (ANEXAR EVIDENCIA)

7.- CONSTANCIA DEL ÚLTIMO MANTENIMIENTO (ANEXAR EVIDENCIA)

8.- DE ACUERDO CON LA EVIDENCIA ANTERIOR SE DETERMINA QUE EL EQUIPO TIENE UNA VIDA ÚTIL DE: \_\_\_\_\_\_ Y DEBERÁ SUSTITUIRSE MM/AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ANEXO TÉCNICO.

|  |
| --- |
| NOMBRE Y FIRMA DEL  ADMINISTRADOR DEL CONTRATO |

1. JUSTIFICACIÓN DETALLADA DE LA SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DE EQUIPO

## Anexo T11 (once) Requerimiento y formato de envío de muestras

(ENTIDAD)

(UNIDAD MÉDICA)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidad Médica que refiere: | | | | | | | | |
| Fecha y hora: | | | | | | | | |
| Lugar que recibe: | | | | | | | | |
| Jefe o encargado del Servicio: | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | | Extensión: | | | |
| Para envío a: | | ( ) Laboratorio de otra Unidad Médica del Organismo  ( ) Laboratorio de Referencia  ( ) Laboratorio Alterno | | | | | | |
| **No.** | **No. de folio** | | **Nombre** | **CURP** | **Grupo de Estudios** | **Clave CPIM** | **Estudio** | **Descripción u Observaciones** |
| 1 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| LABORATORIO DE ORIGEN.  NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA LAS MUESTRAS PARA SU TRASLADO\* |  | NOMBRE Y FIRMA  NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE LAS MUESTRAS PARA SU TRASLADO\*\* |

\*Personal IMSS-Bienestar

\*\*Personal Proveedor

## Anexo T12 (doce) Laboratorios Alternos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Licitante:** | | |  |
| **Partida:** | | |  |
|  | | | |
| **Partida** | **Unidad Médica** | **Nombre del Laboratorio Alterno** | **Dirección** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA** | | | |
| **REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR** | | | |
|  | | | |

## Anexo T13 (trece) Laboratorios de Referencia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| **No.** | **Razón Social** | **Nombre del Laboratorio** | **Dirección** | **Teléfono** | | **Correo Electrónico** | | **Página WEB** | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| Nombre y firma del representante del licitante | | |  | | | | | |  |  |
|  | | |  |  |  | |  | |  |  |

## Anexo T14 (catorce) Entrega de instalaciones al término de la prestación del servicio

PARTIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROVEEDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE TÉRMINO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA EN QUE EL ORGANISMO RECIBE POR PARTE DEL PROVEEDOR SALIENTE EL ÁREA FÍSICA ASIGNADA DÍA\_\_\_\_\_\_\_\_ MES\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se reunieron el Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y el Administrador del Contrato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en su carácter de representantes del Organismo y en su calidad de representante del Proveedor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el fin de proceder a la entrega y recepción formal del área física en buenas condiciones y en entera conformidad de las partes.

1. RECEPCIÓN DE ÁREA FÍSICA

1.-IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL ÁREA ENTREGADA:

TOMA DE AGUA SI () NO ( ) TOMA ELÉCTRICA SI ( ) NO ( ) CONEXIONES PARA INTERFAZ SI ( ) NO ( )

2.-ENTREGA DE ESPACIO FÍSICO EN BUENAS CONDICIONES:

SI () NO ( )

**COMENTARIOS/OBSERVACIONES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |
| NOMBRE Y FIRMA |  |  |  | NOMBRE Y FIRMA |
| Jefe o Encargado del Laboratorio Clínico |  | REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | NOMBRE Y FIRMA |  |  |
|  |  | ADMINISTRADOR DEL CONTRATO |  |  |

## Anexo T15: Criterios de Evaluación Técnica por Puntos y Porcentajes

Ver archivo anexo.

## Anexo TI.1 (A. TI uno) Carta en formato libre

**IMSS – BIENESTAR**

**ANEXO NÚMERO TI. 1 (TI. UNO) Carta en formato libre**

[HOJA MEMBRETADA POR EL LICITANTE DEL SERVICIO]

*Se muestra de manera informativa el texto correspondiente a la CARTA en FORMATO LIBRE que deberá presentarse para los participantes en las* ***Partidas*** *y que se deberá integrar en su propuesta técnica correspondiente al sistema de información ofertado por partida, pudiendo ofertar una o más opciones, con el cual proporcionará el servicio.*

======================================================================================================

**[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL ESCRITO]**

SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR

CONVOCANTE

**P R E S E N T E.**

Por este conducto, a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL LICITANTE QUE OTORGARÁ EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos del (los) Sistema(s) de Información que se propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará soporte para las Partidas [AÑADIR PARTIDAS PARTICIPANTES], los cuales se detallan a continuación:

* **[NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]**
* **[VERSIÓN DEL SISTEMA]**
* **[UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]**
* **[NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**

Asimismo, se manifiesta a nombre de mi representada que se cuenta con la capacidad de desarrollar e implementar dicho sistema de información para proporcionar el servicio en tiempo y forma conforme a lo establecido en el anexo técnico así como términos y condiciones del presente procedimiento de contratación [NÚMERO DE PROCEDIMIENTO], en apego a la **características descritas en el Anexo Tecnico**, los cuales se conocen y aceptan en su integridad para su cabal cumplimiento.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

**ATENTAMENTE**

**[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR]**

**REPRESENTANTE LEGAL DE [NOMBRE DEL PROVEEDOR]**

## Anexo TI.2 “Especificaciones Mínimas de los Equipos de Cómputo”

El equipo de cómputo deberá cumplir como mínimo con las siguientes especificaciones técnicas:

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO DE CÓMPUTO**

Procesador: Intel Core i5-2400 CPU 3.10GHz

Memoria: 4 GB DDR3 mínimo

Disco duro: Discos tipo SATA de 7.2 k rpm, de 500 GB o superior

Unidad óptica: DVD +/- RW SATA

Ethernet 10/100/1000

Conector RJ45.

Monitor: Plano de 19” o superior

**IMPRESORA LÁSER**

Tipo de impresión: Tecnología láser

Densidad de impresión: 600 ppp mínimo

Memoria RAM de 16 MB

Máxima velocidad de impresión: 15 páginas por minuto en tamaño carta mínimo

Emulación: PCL5e o PCL6

Puerto USB

Bandeja de entrada: 250 hojas

Bandeja de multifunción: 50 hojas

Cable USB

Cable de alimentación eléctrica

Manejo de papel de diferentes tamaños estándar: Carta, Oficio o Legal, A4 y sobres.

Rendimiento mínimo del cartucho de tóner estándar de 2,500 páginas.

Software de configuración (drivers) para la versión del sistema operativo proporcionado en los equipos de cómputo en CD-ROM.

Manual de usuario para instalación, configuración y operación, preferentemente en español.

**NO-BREAK PARA SERVIDOR TIPO 1 Y 2 (UPS DE DOBLE CONVENSIÓN).**

Tipo: Interactivo, con regulación permanente a la salida

Capacidad de carga: 650 va/400 watts mínimo

ENTRADA Frecuencia: 60 hz

SALIDA Frecuencia: 60 hz

Controles de: Encendido

Indicadores de: Tensión de entrada, operación con

                                                                          batería, batería baja, sobrecarga.

Alarma audible por: Operación con batería, batería baja,

                                                                          sobrecarga.

Tiempo de respaldo a plena carga: No menor a 15 minutos.

Tiempo de transferencia a inversor: No mayor a 4 ms.

Tiempo de recarga de batería al 90%: No mayor a 8 hrs.

Tipo de batería: Sellada, libre de mantenimiento.

Protección electrónica o por Interruptor termo magnético contra sobrecarga y corto circuito.

Debe operar: con voltaje de entrada desde 90vca hasta 138 vca y salida nominal. regulada sin operación de inversor mínimo.

Temperatura de operación: 0 a 40° C mínimo

Operación con Humedad relativa sin condensación de: 0 a 90% mínimo

Peso: no mayor a 15 Kg.

## Anexo TI.3 “Acuerdo de Confidencialidad”

**IMSS – BIENESTAR**

**ANEXO NÚMERO TI. 3 (TI. TRES) ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

*Se muestra de manera informativa el texto correspondiente al acuerdo de confidencialidad que deberá presentarse a firmar, en las oficinas del Administrador del Contrato, el representante legal con facultades de administración o de dominio del proveedor adjudicado.*

===========================================================================

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Por medio del presente, **Nombre del Representante Legal**  en mi carácter de representante legal de la sociedad **Nombre del Proveedor o Razón Social** (en adelante **EL PRESTADOR”**) manifiesto que cualquier información oral o escrita que sea proporcionada con motivo de trabajo a realizar para los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (en adelante **“EL ORGANISMO”**), será tratada de acuerdo con las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**Primera.- Información confidencial.-** Para los efectos del presente Acuerdo, el término “información” o “información confidencial” significa todos los datos, conversaciones telefónicas, mensajes de audio, mensajes de grabadoras, cintas magnéticas, programas de cómputo y sus códigos fuente entre otros medios de comunicación, tales como la información contenida en discos compactos (CD), mensajes de datos electrónicos (correos electrónicos), medios ópticos o de cualquier otra tecnología o cualquier otro material que contenga información jurídica, operativa, técnica, financiera o de análisis, registros, documentos, especificaciones, productos, informes, dictámenes y desarrollos a que tenga acceso o que le sean proporcionados por **“EL ORGANISMO”.**

De igual forma, será considerada como confidencial aquella información derivada de la ejecución del servicio que preste **“EL ORGANISMO”** que señale **“EL ORGANISMO”** y sea propiedad exclusiva de éste.

**Segunda.- Obligación de No-Divulgación.-** **“EL PRESTADOR”** reconoce que queda prohibida su difusión y/o utilización total o parcial en su favor o de terceros ajenos a la relación contractual, por cualquier medio, entre otros de manera enunciativa más no limitativa: vía oral, impresa, electrónica, magnética, óptica y en general por ningún medio conocido o por desarrollar, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), Ley de la Propiedad Industrial y de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Si no se cumplen los términos de las leyes antes mencionadas serán sancionados en base a lo que estipule cada una de las mismas.

En este sentido, acepta que la prohibición señalada en el párrafo anterior comprende inclusive, en forma enunciativa más no limitativa, que no se podrá llevar a cabo la difusión de la información con fines de lucro, comerciales, académicos, educativos o para cualquier otro, por lo que **“EL PRESTADOR”** se responsabiliza del uso y cuidado de la información, a nombre propio y de las personas que formen parte de este.

## Anexo TI.4 “Designación de Contacto Responsable”

**IMSS – BIENESTAR**

**ANEXO NÚMERO TI. 4 (TI. CUATRO)**

**DESIGNACIÓN DE CONTACTO RESPONSABLE**

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

**[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]**

IMSS – BIENESTAR

ATENCIÓN:

**[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]**

**P R E S E N T E.**

Estimado **[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]** a nombre de mi representada **[NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO]** me permito por medio del presente dar a conocer los datos de contacto de la(s) persona(s) responsable(s) de establecer comunicación entre el Organismo y nuestra representada para todo lo referente al sistema de información, con relación al **Anexo TI 5 (TI CINCO),** los cuales se detallan a continuación:

* **[NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE]**
* **[CARGO DEL REPRESENTANTE]**
* **[DIRECCIÓN COMPLETA DEL REPRESENTANTE]**
* **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN]**
* **[CORREO ELECTRÓNICO]**

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el procedimiento de contratación con número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para las partidas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_relativos al Servicio Médico Integral de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos.

ATENTAMENTE

**[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR CON FACULTADES DE ADMINISTRACIÓN O DE DOMINIO]**

REPRESENTANTE LEGAL DE **[NOMBRE DEL PROVEEDOR ADJUDICADO]**

## Anexo TI.5 “Designación de Sistema y Empresa Soporte”

**IMSS - BINESTAR**

**DESIGNACIÓN DE SISTEMA Y EMPRESA SOPORTE**

**ANEXO NÚMERO TI. 5 (TI. CINCO)**

[HOJA MEMBRETADA POR EL PROVEEDOR DEL SERVICIO]

**[LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL OFICIO]**

**IMSS – BIENESTAR**

**ATENCIÓN:**

**[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]**

**P R E S E N T E**

Estimado [ADMINISTRADOR DEL CONTRATO] a nombre de mi representada [NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR QUE OTORGA EL SERVICIO] me permito por medio del presente dar a conocer los datos del (los) Sistema(s) de Información que propone implantar en las Unidades de Atención y la(s) empresa(s) que le dará soporte, los cuales se detallan a continuación:

* **[NOMBRE COMPLETO DEL SISTEMA]**
* **[VERSIÓN DEL SISTEMA]**
* **[UNIDADES DONDE IMPLANTARA ESTE SISTEMA]**
* **[NOMBRE COMPLETO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[DIRECCIÓN COMPLETA DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[NOMBRE COMPLETO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**
* **[CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO DE LA EMPRESA SOPORTE]**

Lo anterior para dar cumplimiento con lo requerido en el procedimiento de contratación con número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para las partidas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_relativos al Servicio Médico Integral de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Sin otro particular quedo de usted, enviándoles cordiales saludos

**ATENTAMENTE**

**[NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR]**

**REPRESENTANTE LEGAL DE [NOMBRE DEL PROVEEDOR]**

## Anexo TI.6 “Solicitud de Pruebas de Funcionalidad y Envío de Mensajería HL7”

**IMSS – BIENESTAR**

**ANEXO NÚMERO TI. 6 (TI. SEIS)**

**SOLICITUD DE PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD**

[EN HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA]

IMSS – BIENESTAR

ATENCIÓN:

**[ADMINISTRADOR DEL CONTRATO]**

**P R E S E N T E.**

**[NOMBRE]**,EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA **[NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL LICITANTE O DISTRIBUIDOR]**,MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

* POR MEDIO DEL PRESENTE ME PONGO EN CONTACTO CON EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO CORRESPONDIENTE AL SERVICIO MÉDICO INTEGRAL DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EN EL IMSS-Bienestar, CONCERNIENTE AL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN CON NÚMERO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RELACIONADO CON LAS PARTIDAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , A EFECTO DE SOLICITAR LAS PRUEBAS DE FUNCIONALIDAD Y ENVÍO DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE MENSAJES HL7 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN OFERTADO CONFORME A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y PLAZOS ESTABLECIDOS EN EL MISMO, POR LA CONVOCANTE.

LUGAR Y FECHA

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR ADJUDICADO**

**Área Requirente:** Con base en lo que establece la fracción II, del artículo 2, del Reglamento de la Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

**Firma de los responsables:**

## Formato De Propuesta Económica

El proveedor debe entregar un archivo en hoja membretada y también en formato Excel (.xlsx) indicando la siguiente información para cada partida:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CLUES | Entidad Federativa | Nombre de la Unidad | Grupo de estudio | Estudio | Requerimiento Mínimo | Requerimiento Máximo | Valor unitario sin IVA | Valor mínimo sin IVA | Valor máximo sin IVA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 30 de septiembre del 2024  **Área Requirente** | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| Con fundamento a lo dispuesto en el artículo 17, fracción III, segundo párrafo del Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar IMSS-BIENESTAR, así como al Oficio No. DG-0405/2024 firma la **Dra. María Cristina Upton Alvarado**, Encargada de Despacho de los asuntos inherentes a la Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales | | **Dr. Saúl López Silva**  Titular de la División de Auxiliares de Diagnóstico  en la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel | |
| **Área Técnica** | | | | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| Con fundamento a lo dispuesto en el artículo 17, fracción III, segundo párrafo del Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar IMSS-BIENESTAR, así como al Oficio No. DG-0405/2024 firma la **Dra. María Cristina Upton Alvarado**, Encargada de Despacho de los asuntos inherentes a la Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales | **Dr. Saúl López Silva**  Titular de la División de Auxiliares de Diagnóstico  en la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel | | **Dr. Arturo Mompín Ramírez**  Titular de la División de Procesos de Atención Medica de Primer Nivel en la Coordinación de Unidades de Primer Nivel | |