SESVER/DA/C-002/2026

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: ADJUDICACIÓN DIRECTA.

OBJETO: CONTRATACIÓN ABIERTA DEL SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LAS UNIDADES MÉDICAS PERTENECIENTES A SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ.

IMPORTE MÍNIMO TOTAL: $43,676,795.13 (CUARENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS 13/100 M.N.), MÁS EL 16% DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), DE **$6,988,287.22** (SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS 22/100 M.N.), DANDO UN IMPORTE TOTAL DE **$50,665,082.35** (CINCUENTA MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y DOS PESOS 35/100 M.N.).

IMPORTE MÁXIMO TOTAL: $120,795,874.48 (CIENTO VEINTE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS 48/100 M.N.), MÁS EL 16% DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.) DE **$19,327,339.92** (DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS 92/100 M.N.), DANDO UN IMPORTE TOTAL DE **$140,123,214.40** (CIENTO CUARENTA MILLONES CIENTO VEINTITRÉS MIL DOSCIENTOS CATORCE PESOS 40/100M.N.).

CONDICIONES DE PAGO: EL PAGO DEL SUMINISTRO SE REALIZARÁ EN PESOS MEXICANOS, DENTRO DE LOS **17 DÍAS HÁBILES** CONTADOS A PARTIR DE LA ENTREGA DE LA FACTURA Y **DE LAS PRUEBAS ENTREGADAS EN EL MES INMEDIATO ANTERIOR, ASÍ COMO DE LOS FORMATOS DE REMISIÓN, LO QUE SERÁ NECESARIO PARA PROCEDER A TRAMITAR LOS PAGOS CORRESPONDIENTES.** LA FACTURA DEBERÁ ESTAR **VALIDADA POR EL DIRECTOR Y EL ADMINISTRADOR DE LA UNIDAD MÉDICA, ASÍ COMO EL VISTO BUENO DEL DIRECTOR DE ATENCIÓN MÉDICA COMO ADMINISTRADOR DEL CONTRATO Y POR EL JEFE DE LABORATORIO.**

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE MARZO DE 2026.

PROVEEDOR: BIODIST S.A. DE C.V.

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES: BAC920106U98.

PADRÓN DE PROVEEDORES: 6846.

FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO: 01 DE ENERO DE 2026.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	IMPORTE MÍNIMO	IMPORTE MÁXIMO
IMSS BIENESTAR	$43,676,795.13	$120,795,874.48
SUBTOTAL	$43,676,795.13	$120,795,874.48
I.V.A.	$6,988,287.22	$19,327,339.92
TOTAL	$50,665,082.35	$140,123,214.40

SESVER/DJ/006/2026 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO 2026

AAB/KHAV/JASM

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz, Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

SESVER/DA/C-002/2026

CONTRATO **ABIERTO** PARA EL **SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LAS UNIDADES MÉDICAS PERTENECIENTES A SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE VERACRUZ POR CONDUCTO DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ, EN LO SUCESIVO **"SESVER"**, REPRESENTADA POR EL **LIC. JOSÉ DAVID RANGEL ZERMEÑO**, EN SU CARÁCTER DE **DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**; Y POR LA OTRA PARTE LA EMPRESA **BIODIST, S.A. DE C.V.**, EN LO SUCESIVO **"EL PROVEEDOR"**, REPRESENTADA POR EL **C. MIGUEL ÁNGEL BRIONES HERNÁNDEZ**, EN SU CARÁCTER DE APODERADO LEGAL, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARÁ **"LAS PARTES"**, AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:----------
---

SESVER/DJ/066/2026 ADP

DECLARACIONES

1. **"SESVER"** declara que: ----------

1.1. Es una **"ENTIDAD"** de la Administración Pública Paraestatal del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1, 3, 38, 40 y 44 de la Ley Número 58 Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, cuya competencia y atribuciones se señalan en el artículo 2 de la Ley Número 54 que crea el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz.----------
---

1.2. El **Lic. José David Rangel Zermeño**, en su carácter de **Director Administrativo de Servicios de Salud de Veracruz**, personalidad que acredita con el nombramiento de fecha 01 de febrero de 2025, signado por el **Dr. Valentín Herrera Alarcón, Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Veracruz**, quien acredita tener facultades en términos de los artículos 19 fracción XIII y 25 fracciones I, IX y XLIII del Reglamento Interior de Servicios de Salud de Veracruz, para suscribir entre otros, este tipo de contratos.----------
---

1.3. De conformidad con el artículo 21, fracciones XIII, XXXII, XXXIII y XL del Reglamento Interior de Servicios de Salud de Veracruz, relativo a las atribuciones de la **Dirección de Atención Médica**, suscribe el presente instrumento el **Dr. Roberto Alonso García Díaz**, en su carácter de **Director de Atención Médica** con R.F.C. N1-ELIMINADO 7 teléfono N2-ELIMINADO 4 y correo electrónico N3-ELIMINADO 3 como **"ADMINISTRADOR DEL CONTRATO"** y designado

SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026 RECIBIDO FUENTE DE FINANCIAMIENTO AÑO DEL RECURSO 2026

para dar seguimiento y verificar el cumplimiento de las obligaciones que deriven del objeto del presente contrato, quien podrá ser sustituido en cualquier momento, bastando para tales efectos un comunicado por escrito y firmado por el servidor público facultado para ello, informando a **"EL PROVEEDOR"** para los efectos del presente contrato.----------

---

1.4. La adjudicación del presente contrato se realizó mediante el procedimiento de **Adjudicación Directa**, autorizada mediante **Acuerdo No. 56/EXT.10/2025**, durante la Décima Sesión Extraordinaria del Subcomité de Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios y Enajenación de Bienes Muebles de Servicios de Salud de Veracruz, al amparo de lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículos 53, 54 fracciones II y III y 68 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, **"LAASSP"**; 108, 109 y demás aplicables de su Reglamento.----------

---

1.5. Mediante Oficio No. **SESVER/DA/SRF/5313/2025** de fecha 29 de diciembre del 2025, emitido por el Subdirector de Recursos Financieros, se otorgó Disponibilidad Presupuestal para la presente contratación sustentada en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2026, publicado el 21 de noviembre de 2025 en el Diario Oficial de la Federación; con cargo a la fuente de financiamiento: IMSS BIENESTAR,.----------

---

1.6. Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes Número **SSV-970307-2Q5.** -----

---

1.7. Tiene establecido su domicilio en la Calle de Soconusco No. 31, Colonia Aguacatal, en la Ciudad de Xalapa de Enríquez, Veracruz, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, Código Postal 91130; mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato.----------

---

2. "EL PROVEEDOR", por conducto de su representante declara que: ----------

---

2.1 Es una persona **moral** legalmente constituida mediante instrumento público número 62,840 de fecha 6 de enero de 1992, pasada ante la fe del Lic. Othón Pérez Fernández del Castillo, Titular de la Notaría Número 63 del Distrito Federal, México, denominada **BIODIST S.A. DE C.V.**, cuyo objeto social es, entre otros: **Compra-venta, importación, exportación, fabricación, distribución y comercialización de: A).- reactivos químicos y biológicos, materiales de curación, material de limpieza,**

SESVER/DJ/006/2026 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026 FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIE AÑO DEL RECURSO 2026

Soconusco Núm. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

instrumentación y ropa de hospital, B).- Todo lo relativo a productos auxiliares para la salud, C).- productos farmacéuticos, VI.- Establecer, construir, instalar, equipar, organizar, operar, administrar y dirigir laboratorios de biología molecular, laboratorios clínicos, laboratorios hospitalarios, centros de investigación, centros de salud y hospitales, inscrita en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio del Distrito Federal, con el folio mercantil número **159 217, el día 3 de junio de 1992.**-

---

2.2 El **C. Miguel Ángel Briones Hernández**, en su carácter de Apoderado Legal, cuenta con facultades suficientes para suscribir el presente contrato y obligar a su representada, como lo acredita con Instrumento Público número **1,941** de fecha 13 de septiembre del 2022, pasada ante la fe del Lic. Daniel González Campos, Notario Titular de la Notaría Pública Número 119 de la Ciudad de Cancún, Municipio de Benito Juárez, Quintana Roo, México, inscrita ante el Registro Público de Comercio en la Ciudad de México, con el folio mercantil número 159217 el día 17 de octubre del 2023, mismo que bajo protesta de decir verdad manifiesta no le ha sido limitado ni revocado en forma alguna; para lo cual se identifica con la credencial expedida por el Instituto Nacional Electoral con **Código de Identificación de la Credencial (CIC)** N6-ELIMINADO 13----------

---

2.3 Reúne las condiciones técnicas, jurídicas y económicas, y cuenta con la organización y elementos necesarios para su cumplimiento.----------

---

2.4 Cuenta con Registro Federal de Contribuyentes Número **BAC920106U98**. ----------

---

2.5 Acredita el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en términos de lo dispuesto en el artículo 32-D del Código Fiscal de la Federación vigente, incluyendo las de Aportaciones Patronales y Entero de Descuentos, ante el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y las de Seguridad Social ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, conforme a las Opiniones de Cumplimiento de Obligaciones Fiscales emitidas por el SAT, INFONAVIT e IMSS, respectivamente.---

---

2.6 Tiene establecido su domicilio en **Calle 13 de septiembre N° 4, planta baja, Col. Escandón I, Sección Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11800,** mismo que señala para los fines y efectos legales del presente contrato, **teléfono** N7-ELIMINADO 4 **correo electrónico** N8-ELIMINADO 3----------

---

3. **De "LAS PARTES":**----------

3.1 Que es su voluntad celebrar el presente contrato y sujetarse a sus términos y condiciones, por lo que de común acuerdo se obligan de conformidad con las siguientes:----------

---

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026

IMSS-BIENESTAR AÑO DEL RECURSO 2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.- "EL PROVEEDOR" acepta y se obliga a proporcionar a **"SESVER"** el **SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LAS UNIDADES MÉDICAS PERTENECIENTES A SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ,** en los términos y condiciones establecidos en este contrato y en los **Anexos 1, 2, 3, 4, 5 y 6** que forman parte integral del mismo.----------

"EL PROVEEDOR".- Otorgará el suministro bajo la modalidad de contrato abierto, entendiendo por "Pruebas de Laboratorio" el suministro de reactivos, controles, calibradores e insumos, para el suministro de Pruebas de Laboratorio Clínico; además, deberá proporcionar equipo en comodato, sistema informático, control de calidad externo, y en caso de actualización de los equipos, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha de los equipos necesarios, para lo cual **"EL PROVEEDOR"** deberá presentar un acta o documento en el que conste la capacitación e instalación realizadas o los bienes en caso de actualizar equipo, firmada y sellada por la unidad aplicativa..----------

SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.- "SESVER" pagará a **"EL PROVEEDOR"** como contraprestación por el suministro objeto de este contrato:----------

IMPORTE MÍNIMO TOTAL: $43,676,795.13 (Cuarenta y tres millones seiscientos setenta y seis mil setecientos noventa y cinco pesos 13/100 M.N.), más el 16% del Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) de **$6,988,287.22** (Seis millones novecientos ochenta y ocho mil doscientos ochenta y siete pesos 22/100 M.N.), dando un importe total de **$50,665,082.35** (Cincuenta millones seiscientos sesenta y cinco mil ochenta y dos pesos 35/100 M.N.).----------

IMPORTE MÁXIMO TOTAL: $120,795,874.48 (Ciento veinte millones setecientos noventa y cinco mil ochocientos setenta y cuatro pesos 48/100 M.N.), más el 16% del Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) de **$19,327,339.92** (Diecinueve millones trescientos veintisiete mil trescientos treinta y nueve pesos 92/100 M.N.), dando un importe total de **$140,123,214.40** (Ciento cuarenta millones ciento veintitrés mil doscientos catorce pesos 40/100 M.N.).----------

Los precios unitarios del presente contrato, expresados en moneda nacional se encuentran desglosados en el **Anexo 2**; y son considerados fijos hasta que concluya la relación contractual que se formaliza, incluyendo todos los conceptos y costos involucrados en el **SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LAS UNIDADES MÉDICAS PERTENECIENTES A SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ**, por lo que **"EL PROVEEDOR"** no podrá agregar ningún costo extra y los precios serán inalterables durante la vigencia del presente contrato.----------

SESVER/DA/C-002/2026 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026

TERCERA. ANTICIPO. - Para el presente contrato **"SESVER"** no otorgará anticipo a **"EL PROVEEDOR"**.----------

CUARTA. - FORMA Y LUGAR DE PAGO. - El pago del suministro se realizará en pesos mexicanos, dentro de los **17 días hábiles** contados a partir de la entrega de la factura y de las pruebas entregadas en el mes inmediato anterior; así como de los formatos de remisión, lo que será necesario para proceder a tramitar los pagos correspondientes. La factura deberá estar validada por el Director y el Administrador de la Unidad Médica, así como el visto bueno del Director de Atención Médica como Administrador del contrato y por el Jefe de Laboratorio.----------

El cómputo del plazo para realizar el pago se contabilizará a partir del día hábil siguiente de la aceptación del CFDI o factura electrónica, y ésta reúna los requisitos fiscales que establece la legislación en la materia, el desglose del suministro, los precios unitarios, se verifique su autenticidad, no existan aclaraciones al importe y vaya acompañada con la documentación soporte del suministro facturado, así como la remisión.----------

La remisión anteriormente señalada, deberá estar firmada con el nombre y cargo de la persona que recibe y sellada indicando la fecha y lugar de recepción. Lo anterior, para certeza de los datos de cómo, cuándo, dónde y quien recibe.----------

De conformidad con el artículo 135, del Reglamento de la **"LAASSP"**, en caso de que el CFDI o factura electrónica entregado presente errores, la Subdirección de Recursos Financieros, dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes de su recepción, indicará a **"EL PROVEEDOR"** las deficiencias que deberá corregir; por lo que, el procedimiento de pago reiniciará en el momento en que **"EL PROVEEDOR"** presente el CFDI y/o documentos soporte corregidos y sean aceptados.----------

El tiempo que **"EL PROVEEDOR"** utilice para la corrección del CFDI y/o documentación soporte entregada, no se computará para efectos de pago, de acuerdo con lo establecido en el artículo 73 de la **"LAASSP"**.----------

El CFDI o factura electrónica deberá ser presentada en la Subdirección de Recursos Financieros de **"SESVER"** ubicada en Calle Soconusco Número 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz, se deberá presentar desglosando el Impuesto al Valor Agregado. ----------

"EL PROVEEDOR" manifiesta su conformidad que, hasta en tanto no se cumpla con la verificación, supervisión y aceptación del suministro, no se tendrá como recibido o aceptado por **"SESVER"**.----------

Para efectos de trámite de pago, **"EL PROVEEDOR"** deberá ser titular de una cuenta bancaria, en la que se efectuará la transferencia electrónica de pago, respecto de la cual

SESVER/DJ/066/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026

deberá proporcionar toda la información y documentación que le sea requerida por "SESVER", para efectos del pago.----------

"EL PROVEEDOR" deberá presentar la información y documentación que "SESVER" le solicite para el trámite de pago, atendiendo a las disposiciones legales e internas de "SESVER".----------

El pago del suministro, quedará condicionado al pago que "EL PROVEEDOR" deba efectuar por concepto de penas convencionales.----------

Para el caso que se presenten pagos en exceso, se estará a lo dispuesto por el artículo 73, párrafo tercero, de la "LAASSP".----------

QUINTA. - LUGAR, PLAZO Y CONDICIONES ENTREGA DEL SUMINISTRO. - El suministro se llevará a cabo del **01 de enero al 31 de marzo de 2026**, de acuerdo a las condiciones y entregables establecidos por "SESVER" en los **Anexos 1, 2, 3, 4, 5 y 6**; y en los domicilios señalados en el **Anexo 7**. ----------

El proveedor deberá realizar el suministro de pruebas mensualmente, de acuerdo con el calendario y requerimientos de las unidades médicas, las cuales proporcionarán las cantidades de insumos establecidas en el **Anexo 2**. ----------

El número de insumos puede incrementarse o disminuir, de acuerdo a las necesidades de cada unidad hospitalaria, sin responsabilidad para "SESVER", siempre y cuando el importe total durante el plazo de ejecución del suministro no rebase la disponibilidad presupuestal autorizada para el presente contrato. Así mismo, se podrá solicitar el retiro de equipos en comodato o su provisión para nuevas unidades médicas que lo requieran.

Los reactivos, insumos y equipos para el otorgamiento del suministro, deberán cumplir con la normatividad vigente aplicable y los certificados de calidad señalados en las fichas técnicas.----------

Las especificaciones técnicas y cantidades de suministro de las pruebas motivo de este contrato, se señalan en los **Anexos 1, 2 y 6** del presente contrato.----------

Los requerimientos adicionales a los calendarizados, (en caso de presentarse emergencias sanitarias), deberán ser atendidos dentro de las siguientes **24 horas** a la solicitud que realice el encargado del servicio de laboratorio de las unidades hospitalarias y centros de salud, a través de la línea de atención que "EL PROVEEDOR" proporcione.----------

Los insumos y reactivos deberán entregarse en las **Unidades Médicas** que se indican en

SESVER/DJ/066/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026

el **Anexo 7**. En caso de actualización o sustitución por un equipo de mayor tecnología deberá hacer la entrega, instalación y puesta en marcha de los equipos que otorgará en calidad de comodato.----------

---

Los insumos y equipos deberán estar empacados de acuerdo con las mejores prácticas usuales para su traslado y su transporte será el que convenga a **"EL PROVEEDOR"**, siempre que se garantice su seguridad, a entera satisfacción de **"SESVER"**. Además, será obligatorio e invariable que los equipos y paquetes colectivos que contengan los insumos se identifiquen con número de contrato, y la razón social de acuerdo al anexo técnico.----------

---

SEXTA. - EQUIPO EN COMODATO. - La entrega de los equipos en comodato tendrá que ser efectuada exclusivamente por un representante de la empresa con conocimientos relativos al suministro objeto del presente contrato.----------

---

En caso de actualización o sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, **"EL PROVEEDOR"** deberá hacer la entrega, instalación, puesta en marcha y capacitación al personal de las unidades hospitalarias, de la totalidad de los equipos que proporcionará en calidad de comodato, dentro de los **15 días naturales**, de acuerdo a la complejidad de instalación del equipo, contados a partir de la firma del contrato (reportando la fecha de entrega e instalación a la Dirección de Atención Médica).----------

---

Para tal efecto, **"EL PROVEEDOR"**, deberá entregar los manuales de operación o usuario, en español, inglés o idioma de origen, con traducción simple al español de los manuales de los equipos que en su caso otorgue en comodato para el otorgamiento del suministro, en las unidades hospitalarias donde instale los equipos.----------

---

En caso de requerirse la entrega, instalación y puesta en marcha de los equipos, el proveedor estará obligado a procesar las pruebas de laboratorio que se requieran en las unidades médicas, para lo cual el jefe de servicio de laboratorio deberá proporcionarle la relación de pacientes con copia de las órdenes de los estudios autorizadas por el médico tratante, debiendo realizar la entrega de los resultados en el tiempo requerido de acuerdo a la naturaleza de los mismos, priorizando los de carácter urgente, de tal forma que cualquier daño derivado de la transportación, instalación, puesta en marcha y capacitación, será responsabilidad exclusiva del proveedor. -------

---

Los equipos en comodato y sus accesorios, deberán ser modelos originales, de tecnología de punta y calidad que se comercializa actualmente, en perfectas condiciones de funcionamiento; y cumplir con el **registro sanitario vigente** de acuerdo al artículo 376 de la Ley General de Salud o modificación a las condiciones de registro o comprobante del trámite de solicitud de prórroga del registro sanitario, o bien oficio o acuerdo emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

SESVER/DJ/066/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026

FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

(COFEPRIS) en el que se establezca que los equipos o insumos que se utilicen no requieren registro sanitario.----------

Deberán realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento de los equipos en comodato durante el plazo de ejecución del suministro, de acuerdo con el reporte que le haga por escrito la unidad hospitalaria o centro de salud que corresponda. Dichos mantenimientos incluirán las refacciones, insumos y mano de obra necesarios, para lo cual el personal asignado por la empresa se presentará debidamente identificado.----------

En caso de requerirse, deberá contemplarse la reposición del equipo para seguir otorgando el suministro de manera oportuna y eficiente, sin costo adicional para "SESVER".----------

Que los equipos que otorgará en comodato y que instalen para el suministro y los insumos que se utilicen para el suministro de realización de pruebas de laboratorio, objeto de este contrato, no hayan sido motivo de alerta que ponga en riesgo la salud de las personas y que no estén amonestados o boletinados por la Secretaría de Salud (COFEPRIS), FDA, IMSS o ISSSTE o institución acreditada para este fin en el país de origen.----------

Se obliga a retirar los equipos otorgados en comodato para la prestación de los servicios durante los 15 días naturales posteriores a la conclusión del plazo de ejecución del contrato, sin necesidad de notificación por escrito.----------

SÉPTIMA. - CAPACITACIÓN. - "EL PROVEEDOR". - En caso de configurarse el supuesto de entrega, instalación y puesta en marcha de equipos en comodato, mencionado en la cláusula anterior o cuando existan trabajadores de nuevo ingreso, **"EL PROVEEDOR"** deberá otorgar la capacitación y adiestramiento (para lo cual el proveedor del suministro deberá presentar un acta o documento en el que conste la capacitación realizada, firmada y sellada por la unidad aplicativa correspondiente) del personal sobre el uso y aplicaciones de los equipos para el objeto de este contrato debiendo considerar, entre otros los siguientes puntos:----------

- Identificación de partes o componentes del equipo.
- Modos de funcionamiento.
- Ajuste de parámetros de operación.
- Ajuste de alarmas.
- Auto test de calibraciones o verificación por el usuario.
- Rutinas de autochequeo, rutinas de aseo y cuidado diario del equipo.
- Problemas frecuentes o más comunes y manera de resolverlos. ----------

SESVER/DJ/066/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PATRIMONIAL 30 JUN 2026

OCTAVA.-VIGENCIA.- "LAS PARTES" convienen en que la vigencia del presente contrato será de **03 meses** contados a partir de la fecha de su suscripción.----------

---

NOVENA.- MODIFICACIONES DEL CONTRATO. - "LAS PARTES" están de acuerdo que "**SESVE**R" por razones fundadas y explícitas podrá ampliar el monto o la cantidad del suministro, de conformidad con el artículo 74 de la "**LAASSP**", siempre y cuando las modificaciones no rebasen en su conjunto el 20% (veinte por ciento) de los establecidos originalmente, el precio unitario sea igual al originalmente pactado y el contrato esté vigente. La modificación se formalizará mediante la celebración de un Convenio Modificatorio.----------

---

"**SESVER**", podrá ampliar la vigencia del presente instrumento, siempre y cuando, no implique incremento del monto contratado o de la cantidad del suministro, siendo necesario que se obtenga el previo consentimiento de "**EL PROVEEDOR**"----------

---

De presentarse caso fortuito o fuerza mayor, o por causas atribuibles a "**SESVER**", se podrá modificar el plazo del presente instrumento jurídico, debiendo acreditar dichos supuestos con las constancias respectivas. La modificación del plazo por caso fortuito o fuerza mayor podrá ser solicitada por cualquiera de "**LAS PARTES**".----------

---

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, no procederá la aplicación de penas convencionales por atraso.----------

---

Cualquier modificación al presente contrato deberá formalizarse por escrito, y deberá suscribirse por el servidor público de "**SESVER**" que lo haya hecho, o quien lo sustituya o esté facultado para ello, para lo cual "**EL PROVEEDOR**" realizará el ajuste respectivo de la garantía de cumplimiento, en términos del artículo 136, último párrafo del Reglamento de la **LAASSP**.----------

---

"**SESVER**" se abstendrá de hacer modificaciones que se refieran a precios, anticipos, pagos progresivos, especificaciones y, en general, cualquier cambio que implique otorgar condiciones más ventajosas a un proveedor comparadas con las establecidas originalmente.----------

---

DÉCIMA.- GARANTÍA DEL SUMINISTRO.- "EL PROVEEDOR", se obliga con "**SESVER**" a entregar al inicio del suministro de los insumos, una carta garantía que deberá obtener de la página https://www.ssaver.gob.mx/almacenaje/formatos-para-entrega/ los insumos deberán estar garantizados contra cualquier irregularidad, defecto, fallo o vicios ocultos, durante el plazo de ejecución del suministro (**01 de enero al 31 de marzo del 2026**) y **60 días naturales posteriores al mismo**. En caso de hacer efectiva esta garantía deberá comprometerse a subsanar las deficiencias que correspondan y/o sustituir los insumos sin costo adicional para "**SESVER**" en **plazo no mayor de 24 horas en hospitales regionales y de alta especialidad no mayor a 48 horas en el resto**

SESVER/DJ/066/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91120, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

de hospitales y centros de salud, posteriores a la notificación escrita que le haga la Unidad Médica correspondiente, a través de la Dirección de Atención Médica.----------

---

DECIMA PRIMERA.- GARANTÍAS.----------

A) CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

Conforme a los artículos 69, Fracción II, 70, Fracción III, de la "LAASSP"; 130, Fracción III, y 151 de su Reglamento "EL PROVEEDOR" se obliga a constituir una garantía indivisible por el cumplimiento fiel y exacto de todas las obligaciones derivadas de este contrato; mediante fianza (Modelo de Fianza A) expedida por compañía afianzadora mexicana autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a favor de la Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, por un importe equivalente al 10% del monto total del contrato, sin incluir el IVA.----------

---

Dicha fianza deberá ser entregada a "SESVER", a más tardar dentro de los 10 días naturales posteriores a la firma del presente contrato.----------

---

En caso de que "EL PROVEEDOR" incumpla con la entrega de la garantía en el plazo establecido, "SESVER" podrá rescindir el contrato y dará vista al Órgano Interno de Control para que proceda en el ámbito de sus facultades.----------

---

La garantía de cumplimiento no será considerada como una limitante de responsabilidad de "EL PROVEEDOR", derivada de sus obligaciones y garantías estipuladas en el presente instrumento jurídico, y no impedirá que "SESVER" reclame la indemnización por cualquier incumplimiento que pueda exceder el valor de la garantía de cumplimiento.----------

---

En caso de incremento al monto del presente instrumento jurídico o modificación al plazo, "EL PROVEEDOR" se obliga a entregar a "SESVER", dentro de los 10 (diez días) naturales siguientes a la formalización del mismo, de conformidad con el último párrafo del artículo 136 del Reglamento de la "LAASSP", los documentos modificatorios o endosos correspondientes, debiendo contener en el documento la estipulación de que se otorga de manera conjunta, solidaria e inseparable de la garantía otorgada inicialmente.----------

---

Una vez cumplidas las obligaciones a satisfacción, el servidor público facultado por "SESVER" procederá inmediatamente a extender la constancia de cumplimiento de las obligaciones contractuales y dará inicio a los trámites para la cancelación de la garantía cumplimiento del contrato, lo que comunicará a "EL PROVEEDOR".----------

---

B) GARANTÍA PARA RESPONDER POR VICIOS OCULTOS.

"EL PROVEEDOR" deberá responder por los defectos, vicios ocultos y por la calidad del suministro (Modelo de Fianza B), así como de cualquier otra responsabilidad en que

SESVER/DJ/0626 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PREVENTIVO ESTATAL 30 JUN 2026

hubiere incurrido, en los términos señalados en este Contrato, convenios modificatorios respectivos y en la legislación aplicable, de conformidad con los artículos 75 párrafo segundo de la "LAASSP" y 142 párrafo segundo de su Reglamento.----------

"EL PROVEEDOR", quedará liberado de su obligación, una vez transcurridos 60 días naturales contados a partir de la fecha en que conste por escrito la recepción física del suministro, siempre y cuando **"SESVER"** no haya identificado defectos o vicios ocultos en la calidad del suministro, así como cualquier otra responsabilidad en los términos de este Contrato y convenios modificatorios respectivos.----------

DÉCIMA SEGUNDA.- OBLIGACIONES DE "EL PROVEEDOR".- "EL PROVEEDOR", se obliga a: ----------

1) Cumplir con el suministro en las fechas o plazos y lugares establecidos conforme a lo pactado en el presente contrato y anexos respectivos. ----------
2) Cumplir con las especificaciones técnicas, de calidad y demás condiciones establecidas en el presente contrato y sus respectivos anexos. ----------
3) Asumir la responsabilidad de cualquier daño que llegue a ocasionar a **"SESVER"** o a terceros con motivo de la ejecución y cumplimiento del presente contrato. -
4) Proporcionar la información que le sea requerida por la **Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno** y el Órgano Interno de Control en Servicios de Salud de Veracruz, de conformidad con el artículo 156 del Reglamento de la **"LAASSP"**. --

DÉCIMA TERCERA. - OBLIGACIONES DE "SESVER". - "SESVER", se obliga a: ----------

1) Otorgar las facilidades necesarias, a efecto de que **"EL PROVEEDOR"** lleve a cabo en los términos convenidos el suministro objeto del contrato. ----------
2) Realizar el pago correspondiente en tiempo y forma. ----------
3) Extender a **"EL PROVEEDOR"**, por conducto del servidor público facultado, la constancia de cumplimiento de obligaciones contractuales inmediatamente que se cumplan éstas a satisfacción expresa de dicho servidor público para que se dé trámite a la cancelación de la garantía de cumplimiento del presente contrato.----------

DÉCIMA CUARTA. - VERIFICACIÓN DE LAS ESPECIFICACIONES Y ACEPTACIÓN DEL SUMINISTRO. - **"SESVER"** designa como responsable de administrar, supervisar y vigilar el cumplimiento del presente contrato al **Dr. Roberto Alonso García Díaz, Director de**

SESVER/DJ/066/2026 FOLIO

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026 RECIBIDO

AÑO DEL RECURSO 2026

Atención Médica. ----------

Asimismo, **"SESVER"** sólo recibirá o aceptará el suministro materia del presente contrato, previa verificación de las especificaciones requeridas, de conformidad con los alcances establecidos en el mismo.----------

En tal virtud, **"EL PROVEEDOR"**, manifiesta expresamente su conformidad de que hasta en tanto no se cumpla, con lo establecido en el párrafo anterior, el suministro no se tendrá por aceptado o recibido por parte de **"SESVER"**.----------

DÉCIMA QUINTA.- PENAS CONVENCIONALES.- En caso que **"EL PROVEEDOR"** incurra en atraso en el cumplimiento de lo pactado para el suministro, objeto del presente contrato, conforme a lo establecido en los **Anexos 1 y 2**, que forman parte integral del presente contrato, **"SESVER"** por conducto de la Subdirección de Recursos Financieros, aplicará la pena convencional equivalente al **CINCO AL MILLAR** por cada día calendario de atraso, sobre la parte del suministro no otorgado, de conformidad con este instrumento legal y sus respectivos anexos.----------

"SESVER" por conducto de la Subdirección de Recursos Financieros, determinará el cálculo de la pena convencional, descontándola del importe a pagar.----------

El pago del suministro quedará condicionado, proporcionalmente, al pago que **"EL PROVEEDOR"** deba efectuar por concepto de penas convencionales por atraso en las entregas pactadas; en el supuesto que el contrato sea rescindido en términos de lo previsto en la **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA DE RESCISIÓN**, no procederá el cobro de dichas penas ni la contabilización de las mismas al hacer efectiva la garantía de cumplimiento del contrato.----------

El importe de la pena convencional, no podrá exceder el equivalente al monto total de la garantía de cumplimiento del contrato.----------

DÉCIMA SEXTA.- LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS.- "EL PROVEEDOR" se obliga a observar y mantener vigentes las licencias, autorizaciones, permisos o registros requeridos para el cumplimiento de sus obligaciones.----------

DÉCIMA SÉPTIMA.- TRANSPORTE.- "EL PROVEEDOR" se obliga bajo su costa y riesgo, a trasportar los reactivos, insumos y equipos que entregue en comodato, desde su lugar de origen, hasta las instalaciones señaladas en el **Anexo 7** del presente contrato.--------

El proveedor deberá contar con un mínimo de tres unidades de transporte para el embarque de los insumos, a fin de garantizar las condiciones óptimas que resulten necesarias para su traslado; así mismo deberá eximir a **"SESVER"** de todo daño, pérdida, accidente o cualquier otra circunstancia que llegase a suceder en el trayecto de la

SESVER/DA/1066/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE FINANCIAMIENTO 30 JUN 2026

entrega-recepción de los citados insumos.----------

DÉCIMA OCTAVA.- PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL.- Para el suministro materia del presente contrato, no se requiere que **"EL PROVEEDOR"** contrate una póliza de seguro por responsabilidad civil.----------

---

DÉCIMA NOVENA.- IMPUESTOS Y DERECHOS.- Los impuestos, derechos y gastos que procedan con motivo del suministro, objeto del presente contrato, serán pagados por **"EL PROVEEDOR"**, mismos que no serán repercutidos a **"SESVER"**.----------

---

"SESVER" sólo cubrirá, cuando aplique, lo correspondiente al Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), en los términos de la normatividad aplicable y de conformidad con las disposiciones fiscales vigentes.----------

---

VIGÉSIMA.- PROHIBICIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS Y OBLIGACIONES.- "EL PROVEEDOR" no podrá ceder total o parcialmente los derechos y obligaciones derivados del presente contrato, a favor de cualquier otra persona física o moral, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con la conformidad previa y por escrito de **"SESVER"**.----------

---

VIGÉSIMA PRIMERA.- DERECHOS DE AUTOR, PATENTES Y/O MARCAS.- "EL PROVEEDOR" será responsable en caso de infringir patentes, marcas o viole otros registros de derechos de propiedad industrial a nivel nacional e internacional, con motivo del cumplimiento de las obligaciones del presente contrato, por lo que se obliga a responder personal e ilimitadamente de los daños y perjuicios que pudiera causar a **"SESVER"** o a terceros.----------

---

De presentarse alguna reclamación en contra de **"SESVER"**, por cualquiera de las causas antes mencionadas, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a salvaguardar los derechos e intereses de **"SESVER"** de cualquier controversia, liberándola de toda responsabilidad, sacándola en paz y a salvo.----------

---

En caso de que **"SESVER"** tuviese que erogar recursos por cualquiera de estos conceptos, **"EL PROVEEDOR"** se obliga a reembolsar de manera inmediata los recursos erogados por aquella.----------

---

VIGÉSIMA SEGUNDA.- CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.- "LAS PARTES" acuerdan que la información que se intercambie de conformidad con las disposiciones del presente instrumento, se tratarán de manera confidencial, siendo de uso exclusivo para la consecución del objeto del presente contrato y no podrá difundirse a terceros de conformidad con lo establecido en las Leyes General y Federal, respectivamente, de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos

SESVER/DJ/0626/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026

IPLSS-BC AÑO DEL RESCATE 2026

Obligados, y demás legislación aplicable.----------

Para el tratamiento de los datos personales que **"LAS PARTES"** recaben con motivo de la celebración del presente contrato, deberá de realizarse con base en lo previsto en los Avisos de Privacidad respectivos.----------

Por tal motivo, **"EL PROVEEDOR"** asume cualquier responsabilidad que se derive del incumplimiento de su parte, o de sus empleados, a las obligaciones de confidencialidad descritas en el presente contrato.----------

SESVER/DJ/066/2026

VIGÉSIMA TERCERA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.- "SESVER" cuando concurran razones de interés general, o bien, cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir el suministro originalmente contratado y se demuestre que de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría algún daño o perjuicio a **"SESVER"**, o se determine la nulidad total o parcial de los actos que dieron origen al presente contrato, con motivo de la resolución de una inconformidad o intervención de oficio, emitida por la **Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno**, podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato sin responsabilidad alguna para **"SESVER"**, ello con independencia de lo establecido en la cláusula que antecede.----------

Cuando **"SESVER"** determine dar por terminado anticipadamente el contrato, lo notificará a **"EL PROVEEDOR"** hasta con 30 (treinta) días naturales anteriores al hecho, debiendo sustentarlo en un dictamen fundado y motivado, en el que, se precisarán las razones o causas que dieron origen a la misma y pagará a **"EL PROVEEDOR"** la parte proporcional del suministro otorgado, así como los gastos no recuperables en que haya incurrido, previa solicitud por escrito, siempre que éstos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el presente contrato, limitándose según corresponda a los conceptos establecidos en la fracción I del artículo 102 del Reglamento de la **"LAASSP"**.----------

"SESVER", podrá dar por terminado en forma anticipada el suministro en unidades médicas transferidas al IMSS BIENESTAR, bastando para ello sólo la notificación previa a **"EL PROVEEDOR"**, sin necesidad de declaración judicial previa y sin responsabilidad para **"SESVER"**.----------

VIGÉSIMA CUARTA. - RESCISIÓN. - "SESVER" podrá iniciar en cualquier momento el procedimiento de rescisión, cuando **"EL PROVEEDOR"** incurra en alguna de las siguientes causales:----------

a) Contravenir los términos pactados para el suministro, establecidos en el presente contrato;

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026

b) Transferir en todo o en parte las obligaciones que deriven del presente contrato a un tercero ajeno a la relación contractual;
c) Ceder los derechos de cobro derivados del contrato, sin contar con la conformidad previa y por escrito de **"SESVER"**;
d) Suspender total o parcialmente y sin causa justificada el suministro del presente contrato;
e) No otorgar el suministro en tiempo y forma conforme a lo establecido en el presente contrato y sus respectivos anexos;
f) No proporcionar a los Órganos de Fiscalización, la información que le sea requerida con motivo de las auditorías, visitas e inspecciones que realicen;
g) Ser declarado en concurso mercantil, o por cualquier otra causa distinta o análoga que afecte su patrimonio;
h) En caso de que compruebe la falsedad de alguna manifestación, información o documentación proporcionada para efecto del presente contrato;
i) No entregar dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha de firma del presente contrato, la garantía de cumplimiento del mismo y la garantía para responder por vicios ocultos;
j) Cuando la suma de las penas convencionales exceda el monto total de la garantía de cumplimiento del contrato;
k) Divulgar, transferir o utilizar la información que conozca en el desarrollo del cumplimiento del objeto del presente contrato, sin contar con la autorización de **"SESVER"** en los términos de lo dispuesto en la **CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES** del presente instrumento jurídico;
l) Impedir el desempeño normal de labores de **"SESVER"**;
m) Incumplir cualquier obligación distinta de las anteriores y derivadas del presente contrato.----------
---

De optar por la rescisión del contrato, **"SESVER"** comunicará por escrito a **"EL PROVEEDOR"** el incumplimiento en que haya incurrido, para que en un término de 5 (cinco) días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación, exponga lo que a su derecho convenga y aporte en su caso las pruebas que estime pertinentes.---------
---

Transcurrido dicho término **"SESVER"** en un plazo de 10 (diez) días hábiles siguientes, tomando en consideración los argumentos y pruebas que hubiere hecho valer **"EL PROVEEDOR"**, determinará de manera fundada y motivada dar o no por rescindido el contrato, y comunicará a **"EL PROVEEDOR"** dicha determinación dentro del citado plazo.----------
---

Cuando se rescinda el contrato, se formulará el finiquito correspondiente, a efecto de hacer constar los pagos que deba efectuar **"SESVER"** por concepto del contrato hasta el momento de rescisión, o los que resulten a cargo de **"EL PROVEEDOR"**.----------
---

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD PRESUPUESTAL 30 JUN 2026 RECIBIDO

Iniciado un procedimiento de conciliación "SESVER" podrá suspender el trámite del procedimiento de rescisión.----------

Si previamente a la determinación de dar por rescindido el contrato se otorga el suministro, el procedimiento iniciado quedará sin efecto, previa aceptación y verificación de "SESVER" de que continúa vigente la necesidad del suministro, aplicando, en su caso, las penas convencionales correspondientes.----------

"SESVER" podrá determinar no dar por rescindido el contrato, cuando durante el procedimiento advierta que la rescisión del mismo pudiera ocasionar algún daño o afectación a las funciones que tiene encomendadas. En este supuesto, "SESVER" elaborará un dictamen en el cual justifique que los impactos económicos o de operación que se ocasionarían con la rescisión del contrato resultarían más inconvenientes. -------

De no rescindirse el contrato, "SESVER" establecerá con "EL PROVEEDOR", otro plazo, que le permita subsanar el incumplimiento que hubiere motivado el inicio del procedimiento, aplicando las sanciones correspondientes. El convenio modificatorio que al efecto se celebre deberá atender a las condiciones previstas por los dos últimos párrafos del artículo 74 de la "LAASSP".----------

No obstante, de que se hubiere firmado el convenio modificatorio a que se refiere el párrafo anterior, si se presenta de nueva cuenta el incumplimiento, "SESVER" quedará expresamente facultada para optar por exigir el cumplimiento del contrato, o rescindirlo, aplicando las sanciones que procedan.----------

Si se llevara a cabo la rescisión del contrato, y en el caso de que a "EL PROVEEDOR" se le hubieran entregado pagos progresivos, éste deberá de reintegrarlos más los intereses correspondientes, conforme a lo indicado en el artículo 73 párrafo cuarto, de la "LAASSP".----------

Los intereses se calcularán sobre el monto de los pagos progresivos efectuados y se computarán por días naturales desde la fecha de su entrega hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de "SESVER".----------

VIGÉSIMA QUINTA.- RELACIÓN Y EXCLUSIÓN LABORAL.- "EL PROVEEDOR" reconoce y acepta ser el único patrón de todos y cada uno de los trabajadores que intervienen en el suministro objeto del presente contrato, deslindando de toda responsabilidad a "SESVER" respecto de cualquier reclamo que en su caso puedan efectuar sus trabajadores, sea de índole laboral, fiscal o de seguridad social y en ningún caso se le podrá considerar patrón sustituto, patrón solidario, beneficiario o intermediario.----------

SESVER/DJ/1066/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONSULTORÍA JURÍDICA 30 JUN 2026

AÑO DEL RECURSO 2026

"EL PROVEEDOR" asume en forma total y exclusiva las obligaciones propias de patrón respecto de cualquier relación laboral, que el mismo contraiga con el personal que labore bajo sus órdenes o intervenga o contrate para la atención de los asuntos encomendados por **"SESVER"**, así como en el cumplimiento del suministro.----------

---

Para cualquier caso no previsto, **"EL PROVEEDOR"** exime expresamente a **"SESVER"** de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal o de cualquier otra especie que en su caso pudiera llegar a generarse, relacionado con el presente contrato.----------

---

Para el caso que, con posterioridad a la conclusión del presente contrato, **"SESVER"** reciba una demanda laboral por parte de trabajadores de **"EL PROVEEDOR"**, en la que se demande la solidaridad y/o sustitución patronal a **"SESVER"**, **"EL PROVEEDOR"** queda obligado a dar cumplimiento a lo establecido en la presente cláusula.----------

---

VIGÉSIMA SEXTA.- DISCREPANCIAS.- "LAS PARTES" convienen que, en caso de discrepancia entre la solicitud de cotización y el modelo de contrato, prevalecerá lo establecido en la solicitud respectiva, de conformidad con el artículo 126 fracción IV, del Reglamento de la **"LAASSP"**.----------

---

VIGÉSIMA SÉPTIMA.- CONCILIACIÓN.- "LAS PARTES" acuerdan que para el caso de que se presenten desavenencias derivadas de la ejecución y cumplimiento del presente contrato podrán someterse al procedimiento de conciliación establecido en los artículos 109, 110, 111 y 112 de la "LAASSP", y 186 al 196 de su Reglamento.----------

---

VIGÉSIMA OCTAVA.- DOMICILIOS.- "LAS PARTES" señalan como sus domicilios legales para todos los efectos a que haya lugar y que se relacionan en el presente contrato, los que se indican en el apartado de Declaraciones, por lo que cualquier notificación judicial o extrajudicial, emplazamiento, requerimiento o diligencia que en dichos domicilios se practique, será enteramente válida, al tenor de lo dispuesto en el Título Tercero del Código Civil Federal.----------

---

VIGÉSIMA NOVENA.- LEGISLACIÓN APLICABLE.- "LAS PARTES" se obligan a sujetarse estrictamente para el suministro objeto del presente contrato a todas y cada una de las cláusulas que lo integran, sus anexos que forman parte integral del mismo, a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento; Código Civil Federal; Ley Federal de Procedimiento Administrativo, Código Federal de Procedimientos Civiles; Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.----------

---

TRIGÉSIMA.- JURISDICCIÓN.- "LAS PARTES" convienen que, para la interpretación y cumplimiento de este contrato, así como para lo no previsto en el mismo, se someterán a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales con sede en la Ciudad de Xalapa, Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave, renunciando expresamente al fuero

SESVER/DJ/06/2026 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026

que pudiera corresponderles en razón de su domicilio actual o futuro.----------

---

"LAS PARTES" manifiestan estar conformes y enteradas de las consecuencias, valor y alcance legal de todas y cada una de las estipulaciones que el presente instrumento jurídico contiene, por lo que lo ratifican y firman el 01 de enero de 2026. ----------

SESVER/DJ/0669/2026 ADQ

POR
"SESVER"

NOMBRE	CARGO	R.F.C.
LIC. JOSÉ DAVID RANGEL ZERMEÑO	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	N4-ELIMINADO 7
DR. ROBERTO ALONSO GARCÍA DÍAZ	DIRECTOR DE ATENCIÓN MÉDICA Y ADMINISTRADOR DEL CONTRATO	N5-ELIMINADO 7

POR:
"EL PROVEEDOR"

NOMBRE	R.F.C.
C. MIGUEL ÁNGEL BRIONES HERNÁNDEZ APODERADO LEGAL DE LA PERSONA MORAL BIODIST, S.A. DE C.V.	BAC920106U98

LA PRESENTE HOJA DE FIRMAS CORRESPONDE AL CONTRATO NO. SESVER/DA/C-002/2026 RELATIVO A LA CONTRATACIÓN ABIERTA PARA EL SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LAS UNIDADES MÉDICAS PERTENECIENTES A SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ, DERIVADO DE ADJUDICACIÓN DIRECTA, CELEBRADO ENTRE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ Y BIODIST S.A DE C.V. CON FECHA 01 DE ENERO DE 2026.

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
RECURSO PROPIO
2026

Con esta fecha quedó registrado bajo el número SESVER/DJ/066/2026-ADQ constante de 199 fojas útiles debidamente foliadas del número 001 a 199 en el libro de registro en resguardo de la Dirección Jurídica de Servicios de Salud de Veracruz.

Xalapa, Veracruz; 05 de Agosto del 2026

MODELO DE FIANZA A

TEXTO QUE CONTIENE LAS DISPOSICIONES QUE DEBERÁN INCLUIRSE EN LA PÓLIZA DE FIANZA SOLICITADA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO. ---

(Afianzadora)
Denominación social: _____ *en lo sucesivo la "Afianzadora".*
Domicilio: _____
Autorización del Gobierno Federal para operar: *(Número de oficio y fecha)*
Beneficiaria: *Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, en lo sucesivo "la Beneficiaria".*
Domicilio: *Av. Xalapa núm. 301, col. Unidad del Bosque, C.P. 91010, Xalapa, Enríquez, Veracruz*
El medio electrónico, por el cual se pueda enviar la fianza a "la Contratante" y a "la Beneficiaria": adquisiciones@ssaver.gob.mx
Fiado (s): *(En caso de proposición conjunta, el nombre y datos de cada uno de ellos)*
Nombre o denominación social: _____.
RFC: _____.
Domicilio: _____. *(El mismo que aparezca en el contrato)*
Datos de la póliza:
Número: _____. *(Número asignado por la "Afianzadora")*
Monto Afianzado: _____. *(Con letra y número, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado).* ***Moneda:*** _____.
Fecha de expedición: _____.
Obligación garantizada*: El cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el contrato en los términos de la Cláusula PRIMERA de la presente póliza de fianza.*
Naturaleza de las Obligaciones: *Indivisible de conformidad con lo estipulado en el contrato. La obligación garantizada será indivisible y en caso de presentarse algún incumplimiento se hará efectiva por el monto total de las obligaciones garantizadas.*
Datos del contrato, en lo sucesivo el "Contrato": _____.
Número asignado por "la Contratante": _____.
Objeto: _____.
Monto del Contrato: *(Con número y letra, sin el Impuesto al Valor Agregado)*
Moneda: _____.
Fecha de suscripción: _____.
Tipo: *(Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios).*
Obligación contractual para la garantía de cumplimiento: *Indivisible, de conformidad con lo estipulado en el contrato.*
Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva: *El previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.*
Competencia y Jurisdicción: *Para todo lo relacionado con la presente póliza, el fiado, el fiador y cualesquier otro obligado, así como "la Beneficiaria", se someterán a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales con sede en la Ciudad de Xalapa,*

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTO DE CONTROL PATRIMONIAL 30 JUN 2026 RECIBIDO

Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave, renunciando al fuero que pudiera corresponderle en razón de su domicilio o por cualquier otra causa.

La presente fianza se expide de conformidad con lo dispuesto por los artículos 48, fracción II y último párrafo, y artículo 49, fracción II, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, y 103 de su Reglamento.

Validación de la fianza en el portal de internet, dirección electrónica www.amig.org.mx

CLÁUSULAS GENERALES A QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO EN MATERIA DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, SERVICIO, OBRA PÚBLICA O SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA.

PRIMERA. - OBLIGACIÓN GARANTIZADA. *Esta póliza de fianza garantiza el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el "Contrato" a que se refiere esta póliza y en sus convenios modificatorios que se hayan realizado o a los anexos del mismo, cuando no rebasen el porcentaje de ampliación indicado en la cláusula siguiente, aún y cuando parte de las obligaciones se subcontraten.*

SEGUNDA. - MONTO AFIANZADO. *La "Afianzadora", se compromete a pagar a la Beneficiaria, hasta el monto de esta póliza, que es (con número y letra sin incluir el Impuesto al Valor Agregado) que representa el % (señalar el porcentaje con letra) del valor del "Contrato". La "Afianzadora" reconoce que el monto garantizado por la fianza de cumplimiento se puede modificar en el caso de que se formalice uno o varios convenios modificatorios de ampliación del monto del "Contrato" indicado en la carátula de esta póliza, siempre y cuando no se rebase el % de dicho monto. Previa notificación del fiado y cumplimiento de los requisitos legales, la "Afianzadora" emitirá el documento modificatorio correspondiente o endoso para el solo efecto de hacer constar la referida ampliación, sin que se entienda que la obligación sea novada.*

En el supuesto de que el porcentaje de aumento al "Contrato" en monto fuera superior a los indicados, la "Afianzadora" se reserva el derecho de emitir los endosos subsecuentes, por la diferencia entre ambos montos sin embargo, previa solicitud del fiado, la "Afianzadora" podrá garantizar dicha diferencia y emitirá el documento modificatorio correspondiente. La "Afianzadora" acepta expresamente que, en caso de requerimiento, se compromete a pagar el monto total afianzado, siempre y cuando en el Contrato se haya estipulado que la obligación garantizada es indivisible.

TERCERA. - INDEMNIZACIÓN POR MORA. *La "Afianzadora", se obliga a pagar la indemnización por mora que en su caso proceda de conformidad con el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.*

CUARTA. - VIGENCIA. *La fianza permanecerá vigente hasta que se dé cumplimiento a la o las obligaciones que garantice en los términos del "Contrato" y continuará vigente en caso de que "la Contratante" otorgue prórroga o espera al cumplimiento del "Contrato", en los términos de la siguiente cláusula.*

Asimismo, esta fianza permanecerá vigente durante la substanciación de todos los recursos legales, arbitrajes o juicios que se interpongan con origen en la obligación garantizada hasta que se pronuncie resolución definitiva de autoridad o tribunal

SESVER/DJ/0642/2026 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PATRIMONIAL 30 JUN 2026 RECIBIDO 2026

competente que haya causado ejecutoria. De esta forma la vigencia de la fianza no podrá acotarse en razón del plazo establecido para cumplir la o las obligaciones contractuales.

QUINTA. - PRÓRROGAS, ESPERAS O AMPLIACIÓN AL PLAZO DEL CONTRATO. *En caso de que se prorrogue el plazo originalmente señalado o conceder esperas o convenios de ampliación de plazo para el cumplimiento del contrato garantizado y sus anexos, el fiado dará aviso a la "Afianzadora", la cual deberá emitir los documentos modificatorios o endosos correspondientes. La "Afianzadora acepta expresamente garantizar la obligación a que esta póliza se refiere, aún en el caso de que se otorgue prórroga, espera o ampliación al fiado por parte de la "Contratante" para el cumplimiento total de las obligaciones que se garantizan, por lo que no se actualiza el supuesto de extinción de fianza previsto en el artículo 179 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, sin que se entienda novada la obligación.*

SEXTA. - SUPUESTOS DE SUSPENSIÓN.

Para garantizar el cumplimiento del "Contrato", cuando concurran los supuestos de suspensión en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, su Reglamento y demás disposiciones aplicables, "la Contratante" deberá emitir el o las actas circunstanciadas y, en su caso, las constancias a que haya lugar. En estos supuestos, a petición del fiado, la "Afianzadora" otorgará el o los endosos conducentes, conforme a lo estatuido en el artículo 166 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para lo cual bastará que el fiado exhiba a la "Afianzadora" dichos documentos expedidos por "la Contratante".

El aplazamiento derivado de la interposición de recursos administrativos y medios de defensa legales, no modifica o altera el plazo de ejecución inicialmente pactado, por lo que subsistirán inalterados los términos y condiciones originalmente previstos, entendiendo que los endosos que emita la "Afianzadora" por cualquiera de los supuestos referidos, formarán parte en su conjunto, solidaria e inseparable de la póliza inicial.

SÉPTIMA. - SUBJUDICIDAD. *La "Afianzadora" realizará el pago de la cantidad reclamada, bajo los términos estipulados en esta póliza de fianza, y, en su caso, la indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aun cuando la obligación se encuentre subjúdice, en virtud de procedimiento ante autoridad judicial, administrativa o tribunal arbitral, salvo que el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ante dichas instancias.*

La "Afianzadora" deberá comunicar a "la Beneficiaria" de la garantía, el otorgamiento de la suspensión al fiado, acompañándole las constancias respectivas que así lo acrediten, a fin de que se encuentre en la posibilidad de abstenerse del cobro de la fianza hasta en tanto se dicte sentencia firme.

OCTAVA. - COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.

El coafianzamiento o yuxtaposición de garantías, no implicará novación de las obligaciones asumidas por la "Afianzadora" por lo que subsistirá su responsabilidad exclusivamente en la medida y condiciones en que la asumió en la presente póliza de fianza y en sus documentos modificatorios.

NOVENA. - CANCELACIÓN DE LA FIANZA.

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONSULTA JURÍDICO LEGAL 30 JUN 2026 LHSS 2026

La "Afianzadora" quedará liberada de su obligación fiadora siempre y cuando "la Contratante" le comunique por escrito, por conducto del servidor público facultado para ello, su conformidad para cancelar la presente garantía.
El fiado podrá solicitar la cancelación de la fianza para lo cual deberá presentar a la "Afianzadora" la constancia de cumplimiento total de las obligaciones contractuales. Cuando el fiado solicite dicha cancelación derivado del pago realizado por saldos a su cargo o por el incumplimiento de obligaciones, deberá presentar el recibo de pago correspondiente.
Esta fianza se cancelará cuando habiéndose cumplido la totalidad de las obligaciones estipuladas en el "Contrato", "la Contratante" haya calificado o revisado y aceptado la garantía exhibida por el fiado para responder por los defectos, vicios ocultos de los bienes entregados y por el correcto funcionamiento de los mismos o por la calidad de los servicios prestados por el fiado, respecto del "Contrato" especificado en la carátula de la presente póliza y sus respectivos convenios modificatorios.

SESVER/DJ/0669/20 26 ADP

DÉCIMA. - PROCEDIMIENTOS.

La "Afianzadora" acepta expresamente someterse al procedimiento previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para hacer efectiva la fianza.

DÉCIMA PRIMERA. -RECLAMACIÓN

"La Beneficiaria" podrá presentar la reclamación a que se refiere el artículo 279, de Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en cualquier oficina, o sucursal de la Institución y ante cualquier apoderado o representante de la misma.

DÉCIMA SEGUNDA. - DISPOSICIONES APLICABLES.

Será aplicable a esta póliza, en lo no previsto por la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas la legislación mercantil y a falta de disposición expresa el Código Civil Federal.----------

TERMINA TRANSCRIPCIÓN----------

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE VERACRUZ
30 JUN 2026
IMSS-BIE
2026

MODELO DE FIANZA B

TEXTO QUE CONTIENE LAS DISPOSICIONES QUE DEBERÁN INCLUIRSE EN LA PÓLIZA DE FIANZA SOLICITADA PARA RESPONDER DE LOS DEFECTOS Y VICIOS OCULTOS DE LOS BIENES O LA CALIDAD DEL SERVICIO.----------
---

(Afianzadora)
Denominación social: _____ *en lo sucesivo la "Afianzadora".*
Domicilio: _____
Autorización del Gobierno Federal para operar: *(Número de oficio y fecha)*
Beneficiaria: *Secretaría de Finanzas y Planeación del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, en lo sucesivo "la Beneficiaria".*
Domicilio: *Av. Xalapa núm. 301, col. Unidad del Bosque, C.P. 91010, Xalapa, Enríquez, Veracruz*
El medio electrónico, por el cual se pueda enviar la fianza a "la Contratante" y a "la Beneficiaria": adquisiciones@ssaver.gob.mx
Fiado (s): *(En caso de proposición conjunta, el nombre y datos de cada uno de ellos)*
Nombre o denominación social: _____.
RFC: _____.
Domicilio: _____. *(El mismo que aparezca en el contrato)*
Datos de la póliza:
Número: _____. *(Número asignado por la "Afianzadora")*
Monto Afianzado: _____. *(Con letra y número, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado).* ***Moneda:*** _____.
Fecha de expedición: _____.
Obligación garantizada: *Responder por los defectos, vicios ocultos de los bienes entregados y por la calidad del servicio prestado, así como de cualquier otra responsabilidad en que hubiere incurrido el fiado, en los términos señalados en el contrato objeto de esta garantía, conforme a la Cláusula PRIMERA de la presente póliza de fianza.*
Datos del contrato, en lo sucesivo el "Contrato": _____.
Número asignado por "la Contratante": _____.
Objeto: _____.
Monto del Contrato: *(Con número y letra, sin el Impuesto al Valor Agregado)*
Moneda: _____.
Fecha de suscripción: _____.
Tipo: *(Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios).*
Procedimiento al que se sujetará la presente póliza de fianza para hacerla efectiva: *El previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.*
Competencia y Jurisdicción: *Para todo lo relacionado con la presente póliza, el fiado, el fiador y cualesquier otro obligado, así como "la Beneficiaria", se someterán a la jurisdicción y competencia de los tribunales federales de ___ (precisar el lugar),*

SESVER/DJ/0616/20 26 ADQ

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE 30 JUN 2026

renunciando al fuero que pudiera corresponderle en razón de su domicilio o por cualquier otra causa.

La fianza se otorga de conformidad por lo dispuesto por los artículos 49, fracción II, y 53 segundo párrafo de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Validación de la fianza en el portal de internet, dirección electrónica www.amig.org.mx

SESVER/DJ/0661/2026 ADQ

CLÁUSULAS GENERALES A LAS QUE SE SUJETARÁ LA PRESENTE PÓLIZA DE FIANZA PARA RESPONDER DE LOS DEFECTOS Y VICIOS OCULTOS DE LOS BIENES O LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS, ASÍ COMO DE CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN LOS CONTRATOS DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS.

PRIMERA. - OBLIGACIÓN GARANTIZADA.

Esta póliza de fianza garantiza la obligación del fiado de responder por los defectos, vicios ocultos de los bienes entregados y por la calidad de los servicios prestados, así como de cualquier otra responsabilidad en que hubieren incurrido, en los términos señalados en el contrato, convenios modificatorios respectivos y en la legislación aplicable, de conformidad con el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y demás aplicables de su Reglamento.

SEGUNDA.- MONTO AFIANZADO.

La "Afianzadora", se compromete a pagar a "la Beneficiaria", hasta el monto afianzado indicado en la carátula de esta póliza, que es _ (con número y letra, sin incluir el Impuesto al Valor Agregado).

TERCERA.- INDEMNIZACIÓN POR MORA.

La "Afianzadora", se obliga a pagar la indemnización por mora que en su caso proceda de conformidad con el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

CUARTA.- VIGENCIA.

La vigencia de la presente póliza será por un periodo de ___ contados a partir de la entrega de los bienes o terminación de la prestación de los servicios.

Asimismo, esta fianza permanecerá vigente durante la substanciación de todos los recursos legales, arbitrajes o juicios que se interpongan con origen en la obligación garantizada hasta que se pronuncie resolución definitiva de autoridad o tribunal competente, que haya causado ejecutoria.

La póliza continuará vigente en caso de que se otorgue prórroga o espera al fiado para realizar las correcciones, reparaciones o reposiciones, así como para el cumplimiento de las demás responsabilidades que garantiza esta póliza de fianza.

En el caso de que se hayan ejecutado correcciones, reparaciones, reposiciones o acciones para dar cumplimiento a las demás responsabilidades que garantiza esta póliza, la fianza permanecerá vigente por el mismo plazo mencionado en el primer párrafo de la presente cláusula, respecto de los bienes o servicios sujetos a dichas actividades.

QUINTA. - CORRECCIÓN, REPARACIÓN O REPOSICIÓN DE LOS BIENES O SERVICIOS.

En caso de que se presenten defectos o vicios ocultos de los bienes entregados o en la calidad de los servicios prestados, así como cualquier otra responsabilidad en que hubiera incurrido el fiado en los términos señalados en el contrato y convenios

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026 IMSS-BIENESTAR AÑO DEL RECURSO 2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

modificatorios respectivos, "la Contratante" le otorgará un plazo máximo de 30 días naturales para efectuar la corrección, reparación o reposición correspondiente o para atender cualquier otra responsabilidad, por lo que la fianza permanecerá vigente durante ese tiempo.

En aquellos casos en que "la Contratante" y el fiado convengan un plazo mayor para las correcciones, reparaciones, reposiciones o para cumplir cualquier otra responsabilidad, el fiado deberá notificar a "la Institución" dicha circunstancia y ésta deberá otorgar la modificación a la póliza de fianza por escrito, para el solo efecto de hacer constar el referido supuesto, sin que ello afecte la continuidad de la vigencia de la póliza.

En el supuesto de que el fiado no corrija, repare o reponga los bienes que funcionen incorrectamente o que los mismos continúen con defectos o vicios ocultos, o no atienda cualquier otra responsabilidad por los bienes entregados, o bien, no realice las acciones necesarias para corregir la inadecuada calidad de los servicios, que le sean reportados por "la Contratante", la "Afianzadora" se obliga a pagar los gastos en que incurra "la Contratante" por dichas correcciones, reparaciones, reposiciones o por atender cualquier otra responsabilidad por la totalidad del monto afianzado.

En caso de que el monto de la corrección, reparación, reposición o atención de cualquier otra responsabilidad sea superior al afianzado, la "Afianzadora", únicamente responderá hasta por el 100% del monto garantizado.

SESVER/DJ/066/2026 ADD

SEXTA.- SUBJUDICIDAD.

La "Afianzadora" realizará el pago de la cantidad reclamada, bajo los términos estipulados en esta póliza de fianza, y, en su caso, la indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aun cuando la obligación se encuentre subjúdice, en virtud de procedimiento ante autoridad judicial, administrativa o tribunal arbitral, salvo que el fiado obtenga la suspensión de su ejecución, ante dichas instancias.

La "Afianzadora" deberá comunicar a "la Beneficiaria" de la garantía, el otorgamiento de la suspensión al fiado, acompañándole las constancias respectivas que así lo acrediten, a fin de que se encuentre en la posibilidad de abstenerse del cobro de la fianza hasta en tanto se dicte sentencia firme.

SÉPTIMA.- COAFIANZAMIENTO O YUXTAPOSICIÓN DE GARANTÍAS.

El coafianzamiento o yuxtaposición de garantías, no implicará novación de las obligaciones asumidas por la "Afianzadora", por lo que subsistirá su responsabilidad exclusivamente en la medida y condiciones en que la asumió en la presente póliza de fianza y en sus documentos modificatorios.

OCTAVA.- CANCELACIÓN DE LA FIANZA.

La "Afianzadora", quedará liberada de su obligación fiadora, una vez transcurridos -----, contados a partir de la fecha en que conste por escrito la recepción física de los bienes o de los servicios prestados, siempre y cuando la "Contratante" no haya identificado defectos o vicios ocultos en los bienes entregados o en la calidad de los servicios prestados, así como cualquier otra responsabilidad en los términos del "Contrato" y convenios modificatorios respectivos.

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026 RECIBIDO FUENTE DE FINANCIAMIENTO 11-25-018 2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130. Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

En el caso de existir corrección, reparación o reposición por defectos o vicios ocultos de los bienes entregados, o acciones para corregir las deficiencias en la calidad de los servicios prestados, así como para cumplir cualquier otra responsabilidad en que hubiera incurrido el fiado en los términos señalados en el "Contrato" y convenios modificatorios respectivos, una vez transcurrido el plazo de treinta días naturales, o el pactado entre el fiado y "la Contratante" para realizar dichas actividades, el fiado deberá presentar ante la "Afianzadora", la manifestación por escrito de "la Contratante" en la que señale su conformidad para cancelar la fianza, adjuntando la constancia de cumplimiento total de las obligaciones.

NOVENA.- PROCEDIMIENTOS.

La "Afianzadora acepta expresamente someterse al procedimiento previsto en el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para hacer efectiva la fianza.

DÉCIMA.- RECLAMACIÓN.

"La Beneficiaria" podrá presentar la reclamación a que se refiere el artículo 279, de Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en cualquier oficina, o sucursal de la Institución y ante cualquier apoderado o representante de la misma.

DÉCIMA PRIMERA.- DISPOSICIONES APLICABLES.

Será aplicable, a esta póliza, en lo no previsto por la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas la legislación mercantil y a falta de disposición expresa el Código Civil Federal.----------

SESVER/DJ/066/2026 ADB

TERMINA TRANSCRIPCIÓN ----------

30 JUN 2026

IMSS-BIE 2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

ANEXO 1
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DEL SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.1	BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA	ROCHE	CellClean Auto - OFICIO NO. - 163300401J0173 Cellpack DCL - OFICIO NO. - 143300401J0084 Cellpack DFL - OFICIO NO. - 143300401J0086 Fluorocell WDF - OFICIO NO. - 143300401J0090 Fluorocell WNR - OFICIO NO. - 143300401J0092 Lysercell WDF - OFICIO NO. - 143300401J0085 Lysercell WNR - OFICIO NO. - 143300401J0087 Sulfolyser - RS - 0369R2012 SSA - 04 DE AGOSTO DE 2028 Stromatolyser - RS - 0349R2000 SSA - 17 DE DICIEMBRE DEL 2026	116,141	35,661
	1.2	RETICULOCITOS	PRUEBA	ROCHE	Fluorocell RET - OFICIO NO. - 143300401J0093	4,375	1,750
	1.3	GLUCOSA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2141R2017 SSA 16/12/28, 1132R2006 SSA 04/04/2027, 0475R2007 SSA 19/09/2028 /1138R2009 SSA 24/09/2029	101,627	29,827
	1.4	UREA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2071R2021 SSA 8/12/2026, 1342R2019 SSA 09/07/2030 / 0019R2013 SSA 15/07/2027/1156R2006 SSA 04/04/2027 / 1607R2009 SSA 26/03/2029	42,803	13,327
	1.5	CREATININA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2460R2017 SSA 25/01/2028, 1609R2019 SSA 09/07/2030 / 1026R2007 SSA 11/04/2027 / 1141R2006 SSA 18/05/2027 / 0799R2013 SSA 07/11/2027	43,228	13,463
	1.6	ACIDO URICO	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	1668R2021 SSA / 28/10/2026/ 2186R2019 SSA 04/12/2024 / 0628R2007 SSA 18/10/2028 / 0520R2006 17/12/2026 / 1135R2009 SSA 24/01/2029	25,039	7,793
	1.7	COLESTEROL	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	1738R2021 SSA /09/11/2026/ 0332R2007 SSA 22/08/2028 / 0332R2007 SSA 22/08/2028 / 0378R2013 SSA 25/08/2027 / 0421R2009 SSA 20/03/2029	31,969	9,541
	1.8	TRIGLIGERIDOS	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	0568R2022 SSA / 06/02/2027/ 0940R2019 SSA 23/06/2030 / 0527R2006 17/12/2026 / 0477R2007 SSA 19/09/2028 / 1137R2009 SSA 24/09/2029	28,976	8,686
	1.9	BILIRRUBINA TOTAL	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	0221R2018 SSA , 07/06/2028 / 1099R2019 SSA, 04/07/2030 /1612R2014 SSA 06/02/2029 / 0146R2008 SSA 20/09/2027	10,923	3,502
	1.10	BILIRRUBINA DIRECTA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	0032R2018 SSA, 03/06/2030 / 1594R2012 SSA 10/10/2028 / 1594R2013 SSA 10/10/2028 / 0078R2013 17/12/2026 / 0147R2008 SSA 02/08/2027	10,906	3,503
	1.11	TGO (AST)	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	1851R2021 SSA, 18/11/2026 / 0519R2022 SSA, 24/06/2027 / 0631R2006 SSA 23/02/2027 / 0501R2007 SSA 19/09/2028 / 0791R2009 SSA 07/11/2027	10,528	3,333
	1.12	TGP (ALT)	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	0312R2022 SSA, 26/04/2027 / 1361R2019 SSA, 11/06/2030 / 0630R2006 SSA 17/12/2026 / 0020R2013 SSA 25/07/2027 / 0289R2009 SSA 24/01/2029	10,401	3,303
	1.13	FOSFATASA ALCALINA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2188R2017 SSA, 13/02/28 / 0618R2006 SSA 17/12/2026 / 0486R2007 SSA 19/09/2028 / 0422R2009 SSA 24/03/2029	9,641	3,060
	1.14	CALCIO	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2238R2017 SSA, 21/07/2028 / 0148R2013 SSA 28/07/2027 / 0407R2014 SSA, 11/07/2030 / 0444R2009 SSA 26/02/2029	5,876	2,126
	1.15	FOSFORO	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2627R2017 SSA, 13/04/2028 / 1590R2013 SSA 07/12/2027 / 1125R2008 SSA 17/04/2028 / 1136R2009 SSA 26/03/2029	4,560	1,664
	1.16	PROTEINAS TOTALES	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	1852R2021 SSA, 18/11/2026 / 1688R2007 SSA 04/07/2027 / 1688R2007 SSA 04/07/2027 / 0603R2006 SSA 17/12/2026 / 1566R2009 SSA 12/02/2029	6,570	2,125
	1.17	ALBUMINA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2550R2017 SSA, 20/04/2028 / 0523R2006 SSA 17/12/2026, / 0622R2007 SSA 17/10/2028 / 0433R2009 SSA 20/03/2029	6,728	2,175
	1.18	MAGNESIO	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	1735R2021 SSA, 09/11/2026 / 1204R2019 SSA, 04/07/2030 / 0211R2013 08/08/2027 / 1528R2009 SSA 12/02/2029	3,963	1,428
	1.19	MICROALBUMINURIA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	1794R2021 SSA, 19/11/2026 / 1584R2020 SSA 29/07/2030 / 1142R2006 01/04/2027 / 1398R2008 SSA 22/05/2028 / 1360R2008 SSA 14/11/2027	437	177
	1.20	DHL	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2523R2017 SSA, 16/11/2027 / 1019R2007 SSA 17/01/2029 / 0664R2006 11/05/2027 / 0290R2009 SSA 18/11/2027	5,999	1,938
	1.21	HDL	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2390R2017 SSA, 10/03/2028 / 1112R2019 SSA, 09/07/2030 / 1976R2017 SSA 12/01/2029, / 1619R2021 SSA 22/10/2026	6,497	2,128
	1.22	LDL	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2368R2018 SSA, 09/11/2029 / 0347R2016 SSA 17/12/2026 / 0347R2016 SSA 17/12/2026 / 0300R2009 SSA 18/11/2027	6,332	2,080
	1.23	AMILASA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	1760R2021 SSA, 12/12/2026 / 0619R2006 SSA 23/02/2027/ 0482R2009 SSA 20/03/2029	2,795	983
	1.24	LIPASA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	0787R2021 SSA, 06/ 05/2026, (PRORROGA: 253300220020764) / 1204R2007 SSA 13/05/2027 / 0632R2006 SSA 17/12/2026 / 08888R2008 SSA 18/11/2027	2,467	902
	1.25	CK	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2374R2017 SSA, 17/07/2030 / 0796R2019 SSA, 20/07/2030 / 1418R2018 SSA, 11/04/2030 / 0007R2008 SSA, 20/09/2027	2,368	824
	1.26	CREATININA EN ORINA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2460R2017 SSA 25/01/2028 / 1609R2019 SSA, 09/07/2030 / 1141R2006 SSA 18/05/2027, 1026R2007 SSA 11/04/2027 / 0799R2013 SSA, 07/11/2027	1,519	526
	1.27	PROTEINAS EN ORINA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	0101R2018 SSA, 14/07/2028 / 0845R2006 SSA 24/03/2027 / 02888R2009 SSA 29/01/2029	1,474	510
	1.28	AMONIO	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	0050R2019 SSA, 02/05/2029 / 1614R2020 SSA 29/07/ 2030 / 00888R2019 SSA, 26/08/2030	255	99
	1.29	HIERRO SERICO	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2591R2018 SSA, 13/07/2028 / 1124R2006 SSA 01/04/2027 / 1177R2008 SSA 17/04/2028 / 0102R2009 SSA 11/09/2028	241	94
	1.30	COLINESTERASA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS	0442R2019 SSA, 02/04/2029 / 0649R2007 SSA 25/10/2028	147	59

SESVER/DA/C-002/2026
30 JUN 2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.31	CAPACIDAD DE FIJACIÓN DEL HIERRO	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2440R2018 SSA, 12/12/2029 / 1258R2020 SSA 28/04/2030 / 1123R2006 SSA 18/04/2027 / 0506R2019 SSA, 17/06/2030	156	62
	1.32	PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTCS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 22339002280369 22-ABRIL-2022 RS 1267R2007 SSA 22-ABRIL-2027 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 23330022681514 01-SEPTIEMBRE-2023 RS 1409R2008 SSA 01-SEPTIEMBRE-2028 ABBOTT ALINITY I RS 0122R2018 SSA 14-JULIO-2028	194	70
	1.33	VITAMINA B12	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0572R2016 SSA 17-DIC-2026 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 25330022680606 16-JULIO-2025 RS 0768R2010 SSA 16-JULIO-2030 ABBOTT ALINITY I RS 1929R2018 SSA 18-ABRIL-2029	132	54
	1.34	FOLATO	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1829R2016 SSA 4-ABRIL-2027 ABBOTT RS 0329R2011 SSA 12-AGOSTO-2027 ABBOTT ALINITY I RS 1879R2018 SSA 18-ABRIL-2028	119	48
	1.35	HAVAB	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0978R2006 SSA 18-ABRIL-2027 BIOMERIEUX RS 0235R2017 SSA 27-ABRIL-2028 ABBOTT RS 0397R2005 SSA 28-JULIO-2026 ABBOTT ALINITY I RS 1915R2021 SSA 23-NOVIEMBRE-2026	138	50
	1.36	FERRITINA	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 25330022680577 11-JULIO-2025 RS 0103R2005 SSA 11-JULIO-2030 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 25330022680849 05-AGOSTO-2025 RS 0928R97 SSA 05-AGOSTO-2030 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 22339002281817 7-DICIEMBRE-2022 RS 1090R2008 SSA 7-DIC-2027 ABBOTT ALINITY I RS 2117R2017 SSA 21-DICIEMBRE-2028	929	330
	1.37	HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	1864R2018 SSA, 11/04/2029 / 1050R2017 SSA 03/08/2028 /0481R2011 SSA 17/12/2026 / 1975R2017 SSA 17/04/2029 / 1426R2013 SSA 14/12/2027, 260R2018 SSA 7/06/2028	6,430	1,862
	1.38	TSUBIE	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 24330022680196 13-MARZO-2024 RS 1876R2014 SSA 13-MARZO-2029 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 24330022680651 15-MAYO-2024 RS 1486R97 SSA 15-MAYO-2029 ABBOTT RS 1980R2001 SSA 24-MARZO-2027 ABBOTT ALINITY I RS 2455R2017 SSA 02-FEBRERO-2028	1,086	373

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MÁX. MENSUAL	MÍN. MENSUAL
	1.39	T3 TOTAL	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0149R97 SSA 15-MARZO-2027 BIOMERIEUX RS 0190R2022 SSA 11-MARZO-2027 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 23330022681630 27-SEPTIEMBRE-2023 RS 0131R2009 SSA 27-SEPTIEMBRE-2028 ABBOTT ALINITY I RS 0628R2018 SSA	1,093	375
	1.40	T4 LIBRE	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1311R2022 SSA 04-NOV-2027 BIOMERIEUX RS 0195R2022 SSA 11-MARZO-2027 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 23330022681492 29-AGOSTO-2023 RS 0361R2014 SSA 29-AGOSTO-2028 ABBOTT ALINITY I RS 2820R2017 SSA 31-ENERO-2028	1,100	377
	1.41	T4 TTOTAL	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1348R97 SSA 17-DIC-2026 BIOMERIEUX RS 0188R2022 SSA 10-MARZO-2027 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 23330022681722 13-OCTUBRE-2023 RS 0668R2009 SSA 13-OCTUBRE-2028 ABBOTT ALINITY I RS 2817R2017 SSA	1,089	375
	1.42	TSH	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0153R97 SSA 17-DIC-2026 BIOMERIEUX RS 0192R2022 SSA 11-MARZO-2027 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 23330022681414 24-AGOSTO-2023 RS 0594R2009 SSA 24-AGOSTO-2028 ABBOTT ALINITY I RS 2134R2017 SSA	1,110	380
	1.43	CT3	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1322R97 SSA 21-SEP-2026 ABBOTT RS 1097R2005 SSA 28 JUNIO 2026 ABBOTT ALINITY I RS 0035R2018 SSA	236	94
	1.44	PROGESTERONA	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 2617R2016 SSA 4-JULIO-2027 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 24330022680952 02-JULIO-2024 RS 0929R97 SSA 02-JULIO-2029 ABBOTT RS 2480R2023 SSA 17-NOV-2028 ABBOTT ALINITY I RS 1878R2018 SSA 19-ABRIL-2029	371	129

SERVICIO DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.45	TESTOSTERONA	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0043R2011 SSA 17-DIC-2026 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 243300226814G9 02-OCTUBRE-2024 RS 0028R2015 SSA 02-OCTUBRE-2029 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 223300226B0548 17-MAYO-2022 RS 2905R2012 SSA 17-MAYO-2027 ABBOTT ALINITY I RS 1882I2023 SSA 08-SEPTIEMBRE-2028	357	123
	1.46	PROLACTINA	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0412R2006 SSA 17-DIC-2026 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2433002268B390 18-SEPTIEMBRE-2029 RS 1485R97 SSA 18-SEPTIEMBRE-2029 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 223300226B1816 07-DICIEMBRE-2022 RS 0895R2008 SSA 7-DICIEMBRE- 2027 ABBOTT ALINITY I RS 2220R2017 SSA	392	134
	1.47	HORMONA HL	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0254R97 SSA 31-MARZO-2027 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2433002268B516 10-OCTUBRE-2024 RS 825R93 SSA 10-OCTUBRE-2029 ABBOTT RS 1370R2012 SSA 07-MAYO-2029 ABBOTT ALINITY I RS 2034R2018 SSA	382	133
	1.48	HORMONA HEF (FSH)	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0253R97 SSA 17-DIC-2026 BIOMERIEUX RS 827R93 SSA 28-MARZO-2027 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226B1634 27-SEPTIEMBRE-2023 RS 0010R2009 SSA 27-SEPTIEMBRE-2028 ABBOTT ALINITY I RS 1857R2018 SSA	382	133
	1.49	ESTRADIOL	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0377R2016 SSA 17-DIC-2026 BIOMERIEUX RS 1519R2021 SSA 7-OCTUBRE-2026 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 253300226B0687 24-JULIO-2025 RS 1590R2001 SSA 24-JULIO-2030 ABBOTT ALINITY I RS 0436R2018 SSA	377	131
	1.50	HORMONA TIROXINA (T-UP)	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1327R97SSA 21-SEPT-2026 ABBOTT RS 1097R2005 SSA 28-JUNIO-2026 ABBOTT ALINITY I RS 0035I2018 SSA 14-JUNIO-2028	381	143

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADP

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.51	CORTISOL	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 01013R2000 SSA 20-ENERO-2027 ABBOTT RS 2051R2011 SSA 31-MARZO-2027 ABBOTT ALINITY I RS 0024R2018 SSA 12-MAYO-2028	155	60
	1.52	INSULINA	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 25330022680553 10-JULIO-2025 RS 01403R2000 SSA 10-JULIO-2030 ABBOTT RS 0500R2006 SSA 1-JULIO-2026 ABBOTT ALINITY I RS 1935R2018 SSA 18-ABRIL-2029	178	64
	1.53	ASO	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2284R2019 SSA, 18/07/2030 / 0479R2007 SSA 25/09/2028 / 0912R2009 SSA 22/11/2028	203	69
	1.54	PROTEINA C REACTIVA (PCR)	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	1765R2021 SSA, 12/12/2026 / 0583R2006 SSA 23/02/2027 / 1243R2008 SSA, 16/05/2028	492	186
	1.55	FACTOR REUMATOIDE	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS / WIENER LAB	2282R2019 SSA, 30/07/2030 / 0705R2006 SSA 19/08/2027 / 0899R2002 SSA 13/01/2027	218	76
	1.56	IGE	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0480R2007 SSA 02-OCTUBRE-2028 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 23330022680367 02-MARZO-2023 RS 1838R2013 SSA 02-MARZO-2028	236	87
	1.57	CEA	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0125R97 SSA 6-DIC-2026 BIOMERIEUX RS 0777R2007 SSA 12-DIC-2027 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 24330022680076 29-ENERO-2024 RS 0768R2009 SSA 29-ENERO-2029 ABBOTT ALINITY I RS 2221R2017 SSA 08-FEBRERO-2028	672	252
	1.58	CA 15-3	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1233R2001 SSA 23-FEB-2027 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 25330022680844 05-AGOSTO-2025 RS 0558R98 SSA 05-AGOSTO-2030 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 25330022680682 23-JULIO-2025 RS 0783R2005 SSA 23-JULIO-2030 ABBOTT ALINITY I RS 0042R2018 SSA 22-MAYO-2028	484	173
	1.59	CA 19-9	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0563R99 SSA 26-NOV-2026 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 24330022680967 08-JULIO-2024 RS 996R97 SSA 08-JULIO-2029 ABBOTT RS 2116R2017 SSA 04-OCTUBRE-2029 ABBOTT ALINITY I RS 2578R2017 SSA 21-ABRIL-2028	560	205

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PATRIMONIAL

30 JUN 2026

ADMINISTRACIÓN CENTRAL ESTATAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.60	CA 125	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1056R97 SSA 13-DIC-2026 BIOMERIEUX RS 0997R97 SSA 02-JULIO-2029 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 253300226B1034 02-SEP-2025 RS 0785R2005 SSA 02-SEP-2030 ABBOTT ALINITY I RS 2597R2017 SSA	546	199
	1.61	PSA LIBRE	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0151R98 SSA 05-OCT-2026 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 253300226B0847 05-AGOSTO-2025 RS 01295R99 SSA 05-AGOSTO-2030 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226B1504 31-AGOSTO-2023 RS 1693R2008 SSA 31-AGOSTO-2028 ABBOTT ALINITY I RS 0437R2018 SSA	555	200
	1.62	PSA TOTAL	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1380R2005 SSA 17-DIC-2026 BIOMERIEUX RS 0189R2022 SSA 11-MARZO-2027 ABBOTT RS 0004R2002 SSA 8-ABRIL-2027 ABBOTT ALINITY I RS 0220R2018 SSA	830	293
	1.63	BHGC	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 01015R2000 SSA 26-NOV-2026 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 253300226B0773 31-JULIO-2025 RS 836R93 SSA 31-JULIO-2030 ABBOTT RS 0456R2001 SSA 9-FEBRERO-2027 ABBOTT ALINITY I RS 1935R2017 SSA	936	334
	1.64	AFP	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 253300226B0580 11-JULIO-2025 RS 0318R2005 SSA 11-JULIO-2030 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 253300226B0776 31-JULIO-2025 RS 829R93 SSA 31-JULIO-2030 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 223300226B0302 12-ABRIL-2022 RS 2404R2012 SSA 12-ABRIL-2027 ABBOTT ALINITY I RS 2242R2017 SSA	603	215
	1.65	HGL	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS	RS 2395R2011 SSA 16-AGOSTO-2027	84	32
	1.66	VIH	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1559R2012 SSA 26-OCTUBRE-2028 BIOMERIEUX RS 1100R2005 SSA 13-ENERO-2027 ABBOTT RS 0350R2006 SSA 04-SEPTIEMBRE-2028 ABBOTT ALINITY I RS 1674R2018 SSA	2,066	744
	1.67	FUNGAMI DILUTAMI, TRANSFERASA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS/ WIENER LAB	2599R2017 SSA, 21/04/2028 / 0339R2007 SSA 11/04/2028 / 0095R2006 SSA 17/02/2026 /0005R2008 SSA 17/02/2027	2,213	768

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026

SESAVER/DRF/066/2026

INSABIC
AÑO DEL RECURSO
2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.68	TOXO IgG	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2233002268086? 07-JULIO-2022 RS 0999R2007 SSA 07-JULIO-2027 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2533002268077? 31-JULIO-2025 RS 752R93 SSA 31-JULIO-2030 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2233002268156? 15-NOVIEMBRE-2022 RS 0680R2008 SSA 15-NOV-2027 ABBOTT ALINITY I RS 2377R2017 SSA	248	89
	1.69	TOXO IgM	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0481R2007 SSA 12-SEPTIEMBRE-2028 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2533002268077? 31-JULIO-2025 RS 937R93 SSA 31-JULIO-2030 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2433002268121? 20-AGOSTO-2024 RS 2198R2009 SSA 20-AGOSTO-2029 ABBOTT ALINITY I RS 2411R2017 SSA	248	89
	1.70	CMV IgM	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2333002268167? 10-OCTUBRE-2023 RS 0694R2009 SSA 10-OCTUBRE-2028 BIOMERIEUX RS 0507R2019 SSA 01-AGOSTO-2029 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2333002268185? 08-NOVIEMBRE-2023 RS 0814R2009 SSA 08-NOVIEMBRE-2028 ABBOTT ALINITY I RS 2170R2017 SSA	249	89
	1.71	RUB IgG	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0979R2007 SSA 09-NOVIEMBRE-2028 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2533002268083? 05-AGOSTO-2025 RS 753R93 SSA 05-AGOSTO-2030 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2333002268160? 21-SEPTIEMBRE-2023 RS 0120R2009 SSA 21-SEPTIEMBRE-2028 ABBOTT ALINITY I RS 2384R2017 SSA	262	94
	1.72	RUB IgM	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2333002268096? 01-JUNIO-2023 RS 0975R2008 SSA 01-JUNIO-2028 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2533002268083? 05-AGOSTO-2025 RS 756R94 SSA 05-AGOSTO-2030 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 2333002268181? 07-DICIEMBRE-2022 RS 1143R2008 SSA 7-DIC-2027 ABBOTT ALINITY I RS 2178R2021 SSA	262	94
	1.73	HSV 1 Y 2 IgG	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0070R2012 SSA 29-MARZO-2027 RS 0669R2012 SSA 02-FEBRERO-2028 ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1312/7 por APPLUS	106	40

SERVICIO DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IHSS-BIC
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/0661/2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.74	HSV 1 Y 2 IgM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 0882 ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	106	40
	1.75	CMV Igg	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 253300226820 31 01-DICIEMBRE-2023 RS 1117R2009 SSA 01-DICIEMBRE-2028 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 253300226808 35 05-08-2025 RS 810R93 SSA 05-AGOSTO-2030 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226804 74 16-MARZO-2023 RS 0922R2008 SSA 16- MARZO-2028 ABBOTT ALINITY I RS 2402R2023 SSA 10-NOV-2028	235	83
	1.76	HEP B	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0329R2002 SSA 15-FEB-2027 BIOMERIEUX RS 0299R98 SSA 17-FEB-2022 ABBOTT RS 1471R2018 SSA 11-NOV-2029 ABBOTT ALINITY I RS 2555R2017 SSA 17-ABR-2028	338	127
	1.77	HEP C	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226803 67 22-ABRIL-2022 RS 2918R2012 SSA 22-ABRIL-2027 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226800 16 11-ENERO-2023 RS 1577R2013 SSA 11-ENERO-2028 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 243300226805 16 18-ABRIL-2024 RS 2069R2014 SSA 18-ABRIL-2029 ABBOTT ALINITY I RS 2082R2018 SSA 12-DIC-2029	450	166
	1.78	HBS Ag	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0494R2010 SSA 12-NOV-2026 BIOMERIEUX RS 0502R2006 SSA 08-MARZO-2027 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 223300226817 51 30-NOVIEMBRE-2022 RS 1309R2013 SSA 30- NOV -2027 ABBOTT ALINITY I RS 1955R2018 24-ABR-2029	285	103
	1.79	CK-MB	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 223300226802 55 04-JULIO-2022 RS 0157R2013 SSA 04-JULIO-2027 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 243300226811 73 15-AGOSTO-2024 RS 2345R2014 SSA 15-AGOSTO-2029 ABBOTT ALINITY I RS 2219R2021 SSA 17-DIC-2026	1,522	482

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS BIE
AÑO DEL EJERCICIO
2026

SESVER/DJ/066/2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.80	MIOGLOBINA	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0173R2001 SSA 17-DICIEMBRE-2026 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 253300226B849 05-AGOSTO-2025 RS 1491R2002 SSA 05-AGOSTO-2030 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITU DE PRORROGA 233300226B1412 24-AGOSTO-2023 RS 0699R2005 SSA 24-AGOSTO-2028 ABBOTT ALINITY I NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 253300220202B9 21-NOV-2025 RS 0788R2021 SSA 06-MAY-2026	413	152
	1.81	TROPONINA	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0896R2010 SSA 27-AGOSTO-2026 BIOMERIEUX RS 0575R2018 SSA 15-DICIEMBRE-2028 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226B1130 03-JULIO-2023 RS 0163R2014 SSA 03-JULIO-2028 ABBOTT ALINITY I RS 1590R2022 SSA 14-DIC-2027	698	261
	1.82	EBV IgM	PRUEBA	ABBOTT LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226B1480 29-AGOSTO-2023 RS 0247R2014 SSA 29-AGOSTO-2028 ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS ABBOTT ALINITY I RS 2262R2018 SSA 12-nov-2029	89	36
	1.83	VCA IgG	PRUEBA	ABBOTT LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226B1481 29-AGOSTO-2023 RS 0252R2014 SSA 29-AGOSTO-2028 ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS ABBOTT ALINITY I RS 1944R2018 SSA 19-ABR-2029	89	38
	1.84	PROCALCITONINA	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226B1586 18-SEPTIEMBRE-2023 RS 0650R2009 SSA 18-SEPTIEMBRE-2028 BIOMERIEUX RS 0970R2017 SSA 28-SEPTIEMBRE-2028 ABBOTT RS 2134R2023 SSA 11-OCTUBRE-2028 ABBOTT ALINITY I RS 1309R2019 SSA 16-JULIO-2030	797	371
	1.85	METROTEXATE	PRUEBA	ABBOTT	ABBOTT RS 0491R2024 SSA 12-FEBRERO-2029 ABBOTT ALINITY I RS 1963R2023 SSA 20-SEP-2028	268	106
	1.86	EBNA IgG	PRUEBA	ABBOTT LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226B1502 31-AGOSTO-2023 RS 0305R2014 SSA 31-AGOSTO-2028 ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS ABBOTT ALINITY I RS 1899R2018 SSA 18-ABR-2029	124	50
	1.87	DIMERO D	PRUEBA	BIOMERIEUX	BIOMERIEUX RS 2114R2018 SSA 04-SEPTIEMBRE-2023 01-AGOSTO-2029	930	338

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADO

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.88	BETA 2 MICROGLOBULINA	PRUEBA	BIOMERIEUX	BIOMERIEUX RS 6821R96 SSA 05 ABRIL 2027	193	77
	1.89	CORTISOL	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 0801R2000 SSA 20-ENERO-2027 ABBOTT RS 2051R2011 SSA 31-MARZO-2027 ABBOTT ALINITY I RS 0024R2018 SSA 18-MAY-2028	89	32
	1.90	ANTICUERPOS ANTI TPO	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1872R2011 SSA 03-AGOSTO-2026 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 223300226801902 18-MAYO-2022 RS 2806R2012 SSA 18-MAYO-2027 ABBOTT NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 233300226811902 16-NOVIEMBRE-2023 RS 0832R2009 SSA 16-NOVIEMBRE-2028 ABBOTT ALINITY I RS 2029R2018 SSA 18-ABR-2029	84	34
	1.91	ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS BIOMERIEUX ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 2025R2011 SSA 01-ABRIL-2027 BIOMERIEUX NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA 223300226801688 18-MAYO-2022 RS 2761R2012 SSA 18-MAYO-2027 ABBOTT RS 0026R2007 SSA 17-JULIO-2030 ABBOTT ALINITY I RS 2184R2023 SSA 17-OCT-2028	74	30
	1.92	AC. FOLICO	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS ABBOTT	ROCHE DIAGNOSTICS RS 1829R2016 SSA 04-ABRIL-2027 ABBOTT RS 0329R2011 SSA 12-AGOSTO-2027 ABBOTT ALINITY I RS 1879R2018 SSA 18-ABR-2029	79	32
	1.93	INMUNOGLOBULINAS IgG, IgM, IgA NEFELOMETRICO	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS	1936R2021 SSA, 30/11/2026 / 1795R2021 SSA, 11/11/2026 / 2138R2021 SSA, 14/12/2026 / 0047R2007 SSA 01/02/2028 / 0044R2007 SSA 01/02/2028 / 0045R2007 SSA 02/02/2028	99	37
	1.94	ECO	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS	COBAS U PACK: 0983R2015 SSA 11 DE JULIO DE 2030, COMBUR 10 TEST M: 1274R92 SSA 17 DE DICIEMBRE DE 2026, COMBUR 10 TEST U/E: 1609R2003 SSA 30 DE JULIO DE 2030.	50,649	15,054
	1.95	SEDIMIENTO URINARIO	PRUEBA	ROCHE DIAGNOSTICS	CUBETA DE REFERENCIA COBAS U 701: 1018E2015 SSA 11 DE JULIO DE 2030	4,400	1,160
	1.96	GASOMETRIA	PRUEBA	IL- WERFEN	0966R2018 SSA / 22 DE NOVIEMBRE DE 2028 0179R2011 SSA / 17 DE DICIEMBRE DE 2026	18,425	6,821
	1.97	ELECTROLITOS (CL, K, NA, CA)	PRUEBA	EXIAS MEDICAL GMBH	1622R2021SSA, 21/10/2026	21,701	7,981
	1.98	TP	PRUEBA	LICON IL WERFEN	TP 0755R2010 SSA / 17 DE DICIEMBRE DE 2026 TP 0069R2008 SSA / 13 DE SEPTIEMBRE DE 2027 TP 1472R2018 SSA / PRORROGA 223300220098	14,628	4,840
	1.99	TTP	PRUEBA	LICON IL WERFEN	TTP 0113R2018 SSA / 20 DE ABRIL DE 2028 TTP 1376R2007 SSA / 07 DE JULIO DE 2027 TTP 1808R2013 SSA / 28 DE FEBRERO DE 2028	14,628	4,840
	1.100	VISCOELASTICO (FIBRINOGENO SANGRE TOTAL)	PRUEBA	LICON IL WERFEN	Prorroga 233300220201247 / 17 de febrero del 2023 RS 2289R2018 SSA / 01 de octubre de 2023 Prorroga 223300220215155 / 30 de noviembre del 2022 RS 1453R2018 SSA / 18 de junio de 2023 Prorroga 223300220217240 / 13 de diciembre del 2022 RS 1578R2018 SSA / 25 de junio de 2023 Prorroga 223300220217255 / 13 de diciembre de 2022 RS 1310R2018 SSA / 26 de julio de 2023 Prorroga 223300220217241 / 13 de diciembre del 2022 RS 1320R2018 SSA / 06 de junio de 2023	224	92

SESVER/DJ/066/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026
IHSS-BC
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADO

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.101	FIBRINOGENO	PRUEBA	LICON / EL WERFEN	FIBRINOGENO 0208R2011 SSA / 27 DE MAYO DE 2026 FIBRINOGENO 0540R2005 SSA / 02 DE JULIO DE 2026 FIBRINOGENO 1549R2014 SSA / 27 DE FEBRERO DE 2029	1,875	674
	1.102	TROMBINA	PRUEBA	LICON / EL WERFEN	TT 0617R2010 SSA / 26 DE NOVIEMBRE DE 2026 TT 0421R95 SSA / 04 DE FEBRERO DE 2030 TT 1850R2013 SSA / 28 DE FEBRERO DE 2028	261	88
	1.103	ANTITROMBINA	PRUEBA	LICON / EL WERFEN	ANTITROMBINA 1988R2013 SSA / 29 DE FEBRERO DE 2028 ANTITROMBINA 0696R2010 SSA / 25 DE NOVIEMBRE DE 2025	104	42
	1.104	CULT GRAM -	PRUEBA	BIOMERIEUX INC.	AST-N401: 0645R2022 SSA 20 DE JULIO DE 2027, AST-N402: 1344R2021 SSA 10 DE SEPTIEMBRE DE 2026, GN: 0802R2005 SSA 31 DE OCTUBRE DE 2030, ANC: CONSTANCIA DE PRÓRROGA 23330022681521 REGISTRO SANITARIO 0036R2009 SSA 4 DE SEPTIEMBRE DE 2028, NH: 1442R2008 SSA 10 DE JUNIO DE 2028	918	332
	1.105	CULT GRAM +	PRUEBA	BIOMERIEUX INC.	GP: 0806R2005 SSA 31 DE OCTUBRE DE 2030, AST-P663: 1353R2021 SSA 17 DE SEPTIEMBRE DE 2026, AST-ST03: REGISTRO SANITARIO 0983R2018 SSA 10 DE FEBRERO DE 2030.	288	281
	1.106	LEVADURAS	PRUEBA	BIOMERIEUX INC.	YST: 0796R2005 SSA 17 DE DICIEMBRE DE 2026, AST-YS08: REGISTRO SANITARIO 0985R2018 SSA 23 DE AGOSTO DE 2029.	455	142
	1.107	FAN AEROBICO	PRUEBA	BIOMERIEUX INC.	FA PLUS: CONSTANCIA DE PRÓRROGA 22330022680933 REGISTRO SANITARIO 0155R2013 SSA 01 DE AGOSTO DE 2027.	421	156
	1.108	FAN ANAEROBICO	PRUEBA	BIOMERIEUX INC.	FN PLUS: CONSTANCIA DE PRÓRROGA 22330022680934 REGISTRO SANITARIO 0142R2013 SSA 01 DE AGOSTO DE 2027.	318	115
	1.109	PF PEDIATRICO	PRUEBA	BIOMERIEUX INC.	PF PLUS: CONSTANCIA DE PRÓRROGA 22330022680935 REGISTRO SANITARIO 0160R2013 SSA 01 DE AGOSTO DE 2027.	687	264
	1.110	BOTELLAS MP	PRUEBA	BIOMERIEUX INC.	MP: 1400R2021 SSA 20 DE SEPTIEMBRE DE 2026.	108	43
	1.111	ACIDO VALPROICO	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS	1302R2019 SSA, 14/07/2030 / 1685R2007 SSA 07/09/2027	144	43
	1.112	FENITOINA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS	1587R2018 SSA, 18/04/2029 / 0545R2007 SSA 02/10/2028	151	51
	1.113	CARBAMAZEPINA	PRUEBA	ABBOTT, ROCHE DIAGNOSTICS	1397R2022 SSA, 14/11/2027 / 1332R2017 SSA 26/09/2028	183	61
	1.114	ANTI A	PRUEBA	DOMINION (DBL NOVACLONE)	0241R2005 SSA 23/07/2030	9,904	3,056
	1.115	ANTI B	PRUEBA	DOMINION (DBL NOVACLONE)	0240R2005 SSA 23/07/2030	9,811	3,019
	1.116	ANTI A-B	PRUEBA	DOMINION (DBL NOVACLONE)	0243R2005 SSA 23/07/2030	9,039	2,772
	1.117	ANTI D	PRUEBA	DOMINION (DBL NOVACLONE)	0271R2005 SSA 31/08/2030	9,380	2,865
	1.118	COOMS	PRUEBA	DOMINION (DBL NOVACLONE)	1118R2011 SSA 16/07/2030	750	267
	1.119	ALB 22%	PRUEBA	IMMUCORGAMMA	397A93 SSA 09/07/2026	1,129	393
	1.120	ANTI LEC	PRUEBA	DOMINION (DBL NOVACLONE)	398R93 SSA 16/07/2030, 0540R2007 SSA 13/10/2028	277	91
	1.121	PARATIFICO A	PRUEBA	LICON	528R96 SSA 04/03/2027	4,133	1,211
	1.122	PARATIFICO B	PRUEBA	LICON	528R96 SSA 04/03/2027	4,133	1,207
	1.123	PROTEUS OX-19	PRUEBA	LICON	528R96 SSA 04/03/2027	3,465	1,012
	1.124	TIFICO H	PRUEBA	LICON	528R96 SSA 04/03/2027	4,153	1,215
	1.125	TIFICO O	PRUEBA	LICON	528R96 SSA 04/03/2027	4,208	1,228
	1.126	BRUCELLA ABORTUS	PRUEBA	LICON	528R96 SSA 04/03/2027	2,834	828
	1.127	PRUEBA EMBARAZO	PRUEBA	LICON	1215R2006 SSA 25/04/2027	3,141	932
	1.128	HIV 1 Y 2	PRUEBA	BIOLINE	0844R2013 SSA 7/09/2028	5,097	1,534
	1.129	FACTOR REUMATOIDE	PRUEBA	WIENER	0850R2010 SSA 29/03/2028	1,673	489
	1.130	PROTEINA C REACTIVA	PRUEBA	WIENER	1136R96 SSA 29/06/2026	2,578	781
	1.131	ASO	PRUEBA	WIENER	1025R2010 SSA 29/06/2026	1,186	331
	1.132	VDRL	PRUEBA	WIENER	2809R2012 SSA 23/05/2027	8,180	2,523
	1.133	ROSA DE BENGALA	PRUEBA	LICON	2292R2001 SSA 22/04/2027	2,784	860
	1.134	TIRAS PH	PRUEBA	MERCK	DOF RENGLON 1329	1,325	434
	1.135	AZUL DE METILENO	PRUEBA	HYCEL	DOF RENGLON 1759, 1760	798	256
	1.136	SANGRE OCULTA EN HECES	PRUEBA	LICON	564R96 SSA 09/05/2028	998	300
	1.137	VITAMINA D	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORIA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V. LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	27	10
	1.138	2-MERCAPTOETANOL	TRATAMIENTO	LABORATORIO DE ASESORIA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V. LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	11	8

SERVICIO DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN INSTITUCIONAL
30 JUN 2026
IMSS-BIENESTAR
AÑO DEL RELEVO
2026

SESVER/DCI/066/2026
ADR

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.139	ANTICUERPOS HETEROFILOS (PAUL BUNELL)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	5
	1.140	ALDOLASA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	14	8
	1.141	ALDOSTERONA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	14	8
	1.142	ANFETAMINAS/METANFETAMINAS, ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	30	17
	1.143	ANTI EA-G	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	5
	1.144	ANTI JO-1	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	9	7
	1.145	ANTI NRNP/SM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	10	8
	1.146	ANTI SCL-70	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	5
	1.147	ANTI SM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	9	6
	1.148	ANTI SS-A	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	7	4
	1.149	ANTI SS-B	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	7	4
	1.150	ANTICOAGULANTE LÚPICO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	16	9
	1.151	ANTICUERPOS ABHBSII	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	9	6
	1.152	ANTICUERPOS ANTI Chlamydia trachomatis IgM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	9	6
	1.153	ANTICUERPOS ANTI Chlamydia trachomatis IgG	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	7	5
	1.154	ANTICUERPOS ANTI ENA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	13	8
	1.155	ANTICUERPOS ANTI HBCAB (TOTAL)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	4
	1.156	ANTICUERPOS ANTI HBcIgM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	4
	1.157	ANTICUERPOS ANTI HBEAG	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	4
	1.158	ANTICUERPOS ANTI Helicobacter pylori IgG	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	16	14
	1.159	ANTICUERPOS ANTI Helicobacter pylori IgM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	16	14
	1.160	ANTICUERPOS ANTI LA (SS-B)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	10	6
	1.161	ANTICUERPOS ANTI LEPTOSPIRA IGG	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	4
	1.162	ANTICUERPOS ANTI LEPTOSPIRA IGM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	4
	1.163	ANTICUERPOS ANTI MEMBRANA BASAL GLOMERULAR	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	3
	1.164	ANTICUERPOS ANTI MICROSOMALES	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	3
	1.165	ANTICUERPOS ANTI MUSCULO LISO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	14	7
	1.166	ANTICUERPOS ANTI RO (SS-A)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	16	8
	1.167	ANTICUERPOS ANTI TIROGLOBULINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	7	5
	1.168	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA IGG	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	14	8
	1.169	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA IGM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	14	8
	1.170	ANTICUERPOS ANTICISTICERCO EN LCR	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	5
	1.171	ANTICUERPOS ANTICISTICERCO EN SUERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	6
	1.172	ANTIGUERPOS ANTI DNA NATIVO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	6
	1.173	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS IGG	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	10	7
	1.174	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS IGM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	10	7

SESVER/DJ/066/2026

30 JUN 2026

FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.175	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIA IgG	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	10	5
	1.176	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIA IgM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	7	4
	1.177	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	12	8
	1.178	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (E)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	18	10
	1.179	ANTICUERPOS FLUORESCENTES ANTI TREPONEMA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	15	9
	1.180	ANTICUERPOS P-ANCA/MPO (CITOPLASMA NEUTROFILOS)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	9	5
	1.181	ANTÍGENO AVIARIO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.182	ANTIGENO DE HBeAg	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	7
	1.183	ANTIGENO HLA B27	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	2
	1.184	ANTIGENO RNP	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	3
	1.185	ANTIGENO Sm	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	3
	1.186	ANTITROMBINA III	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	15	10
	1.187	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE ARROZ	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.188	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE AVENA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.189	BENZODIAZEPINAS, ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	21	7
	1.190	BETTA 2 MICROGLOBULINA EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	14	8
	1.191	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CACAO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.192	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CALABACITA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.193	CALCITONINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	3
	1.194	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CAMARON	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.195	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CARNE DE POLLO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.196	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CARNE DE PUERCO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.197	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CARNE DE RES	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.198	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CASEINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.199	ANTICUERPOS ANTI CENP-B	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.200	CICLOSPORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	8
	1.201	CINETICA DE HIERRO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	17	15
	1.202	CISTATINA C	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	2
	1.203	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CLARA DE HUEVO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.204	COMPLEMENTO C3	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	20	15
	1.205	COMPLEMENTO C4	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	19	14
	1.206	COMPLEMENTO C5	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	3
	1.207	COMPLEMENTO CH50	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	3
	1.208	ANTICUERPOS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.209	ANTICUERPOS ACL	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.210	BCA ABCI	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1

30 JUN 2026
IMSS-BIENESTAR
AÑO DEL RECURSO
2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.211	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50%	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	5
	1.212	DIHIDROEPIANDROSTERONA-SULFATO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	5
	1.213	DSDNA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	10	7
	1.214	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE DURAZNO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.215	EECTROFORESIS DE HEMOCLOBINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	7
	1.216	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN SUERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	7
	1.217	FACTOR IX	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	22	13
	1.218	FACTOR IX (X)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	17	11
	1.219	FACTOR REUMATOIDE (SINGER-PLATZ)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	47	44
	1.220	FACTOR RH VARIANTE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.221	FACTOR V	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	11	9
	1.222	FACTOR VON WILEBRAND (III)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	13	11
	1.223	FENOBARBITAL	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	19	11
	1.224	FETOPROTEINA ALFA 1	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	13	11
	1.225	FETOPROTEINA ALFA 1 MoM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	13	11
	1.226	FOSFATASA ACIDA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	10	7
	1.227	FOSFATASA ALCALINA OSEA ESPECIFICA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	9	6
	1.228	HOMOCISTEÍNA EN SUERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	10	7
	1.229	HORMONA ADENOCORTICOTROPICA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	10	7
	1.230	HORMONA DE CRECIMIENTO 120MIN	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	5
	1.231	HORMONA DE CRECIMIENTO 30MIN	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	5
	1.232	HORMONA DE CRECIMIENTO 60MIN	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	5
	1.233	HORMONA DE CRECIMIENTO 90MIN	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	5
	1.234	HORMONA DE CRECIMIENTO BASAL	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	5
	1.235	HORMONA PARATIROIDEA (PARATOHORMONA)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	31	14
	1.236	IGG TOXOPLASMA AVIDEZ	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	13	13
	1.237	ANTICUERPO ESPECIFICO JO 1	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.238	LACTATO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	18	9
	1.239	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE LECHE DE VACA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.240	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE LEVADURA (S. cerevisiae)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.241	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE LIMON, NARANJA, LIMA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.242	IDENTIFICACION DE TOXINA DE C. difícile	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	27	22
	1.243	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE MAIZ	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.244	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE MANZANA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.245	METANEFRINAS EN ORINAS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	3
	1.246	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE MEZCLA DE MARISCOS (OSTRA, CAMARON, JAIBA, MEJILLON)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.247	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE NUEZ DE BRAZIL/CACAHUATE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.248	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE PIÑA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.249	PROTEINA C DE COAGULACION (%)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	19	14
	1.250	PROTEINA S DE COAGULACION (%)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	19	14
	1.251	PROTROMBINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	5
	1.252	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE QUESO DE VACA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.253	ANTICUERPO SCL-70	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.254	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE SOYA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.255	ANTICUERPO ESPECIFICO B2-GP I	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.256	ANTICUERPO ESPECIFICO SS A (RO) (52 KDA, 60 KDA)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.257	ANTICUERPO ESPECIFICO SS-B (LA)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.258	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE TRIGO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.259	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE YEMA DE HUEVO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.260	ANTICUERPOS ANTI TREPONEMA IgG	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	9	6
	1.261	ANTICUERPOS ANTI TREPONEMA IgM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	9	6
	1.262	ANTICUERPOS ANTI DNA NATIVO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	13	9
	1.263	CD34, 3, 4 Y 8 PARA MEDULA OSEA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	2
	1.264	ENOLASA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	12	9
	1.265	CA 27-9	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	25	22
	1.266	ALFA GALACTOSIDASA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	7	4
	1.267	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (AA)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	16	11
	1.268	NIVELES SERICOS DE LITIO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	21	6
	1.269	TRANSFERRINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	6
	1.270	ANTICUERPOS PARA MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS IgG	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.271	ANTICUERPOS PARA MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS IgM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.272	ANTICUERPOS ANTI HERPES VIRUS 2 IGG	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	5
	1.273	ANTICUERPOS ANTI HERPES VIRUS 2 IGM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	5
	1.274	ANTICENO HELICOBACTER PYLORI	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	7	5
	1.275	CARGA VIRAL HIV	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.276	CARGA VIRAL HCV	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.277	CARGA VIRAL HBS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.278	CARGA VIRAL HERPES TIPO 1	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.279	CARGA VIRAL HERPES TIPO 2	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.280	INMUNOFENOTIPO HIV	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.281	INMUNOFENOTIPO HBS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.282	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1

SESVER/DJ/066/2026

30 JUN 2026

IMSS-BIENESTAR

AÑO DEL RECUPSO 2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.283	WESTER BLOT VIH 1 Y 2	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.284	CARIOTIPO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.285	INMUNOFENOTIPO BASICO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.286	INMUNOFENOTIPO LGC	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.287	INMUNOFENOTIPO LAL	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	9	9
	1.288	CARGA VIRAL CMV	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.289	PCR Mycobacterium tuberculosis var hominis	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.290	CULTIVO PARA M. tuberculosis	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.291	FACTOR VIII DE COAGULACION	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.292	FACTOR IX DE COAGULACION	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.293	FACTOR DE W WILLEBRAND	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.294	TIROGLOBULINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.295	BANDAS OLIGOCLONALES	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.296	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN SUERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.297	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.298	INMUNOFIJACION EN SUERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.299	INMUNOFIJACION EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.300	TAMIZ NEONATAL AMPLIADO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.301	TAMIZ NEONATAL K	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.302	TAMIZ NEONATAL Mas	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.303	ELECTROLITOS URINARIOS (NA, K, CL)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	29	13
	1.304	ÁCIDO URICO URINARIO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	2
	1.305	UREA URINARIA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	2
	1.306	INMUNOFENOTIPO LAC: t(1:19), t(9:22), t(12:21), Fusiones MLL por FISH	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	5
	1.307	INMUNOFENOTIPO LMA (t(8:21), t(15:17),t(9:22), INV 16, Monosomia 7	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.308	Ca. 72-4	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	5
	1.309	ACIDO FOSFATIDICO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.310	ANEXINA V	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.311	ANTI EVB IgM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.312	ANTICUERPOS ANTI EPSTEIN BARR	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	2
	1.313	ANTICUERPOS ANTICELULAS PARIETALES	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.314	BARBITURATOS,ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.315	CANNABINOIDES,ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	4
	1.316	CITOMEGALOVIRUS AVIDEZ	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	2
	1.317	CKMB ISOENZIMAS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.318	COCAINA EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	4

SERVICIO DE VERACRUZ
SUBDIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO
30 JUN 2026
IMSS-BIENESTAR
AÑO DEL RECURSO
2026
SESAER/DAJ/0066/2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.319	GAMMAGLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.320	HEMOSIDERINA EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.321	HOMOCISTEÍNA EN SUERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.322	OPIACEOS EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.323	PROTEÍNA C REACTIVA CUANTITATIVA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.324	ADA (M. tuberculosis)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	5
	1.325	HBc Ag	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.326	HBs Ap	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.327	HBc Ap	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.328	Hbe Ap	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.329	NIVELES DE ALCOHOL EN SANGRE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.330	TOXINA AB DE Clostridium difficile	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.331	GALACTOMANANO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.332	ANTICUERPOS IgG Igm SARS CoV-2	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.333	17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.334	SOMATOMEDINA C	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.335	ANTICUERPOS ANTI INSULINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.336	ANTICUERPOS ANTI ISLOTE DE LANGERHANS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.337	PEPTIDO C (INSULINA)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.338	SIROLIMUS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.339	PEPTIDO C CITRULINADO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	7	4
	1.340	DIGOXINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.341	DIGITOXINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.342	BETA 2 GLICOPROTEINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.343	FACTOR V DE LEYDEN PROCOAGULABLE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.344	MUTACION FACTOR V DE LEYDEN	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.345	ANTICUERPOS ANTIHISTONA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.346	ANTICUERPOS ANTI LKM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	2
	1.347	ANTICUERPOS ANTI Histoplasma capsulatum	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.348	INHIBIDORES DE FACTOR VIII	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.349	ANTICUERPOS ANTI CENTROMERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.350	ANTICUERPOS ANTI VARICELA ZOSTER	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.351	INVESTIGACION DE METALES EN SANGRE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.352	INVESTIGACION DE ANTIRETROVIRALES EN SUERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.353	ANTICUERPOS ANTI LEISHMANIA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.354	CADENAS KAPPA Y LAMBDA EN SANGRE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1

SESVER-DLP/066/2026

30 JUN 2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.355	CADENAS KAPPA Y LAMBDA EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.356	ANTIDOPING EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	16	4
	1.357	ABSORC. D-XILOSA (ORINA)(1) AC ANTI BETA 2GP-1 (IGG, IGA, IGM)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	0
	1.358	AC ADRENALES	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	0
	1.359	AC ANTI AMISA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	0
	1.360	AC ANTI BETA 2GP-1 (IGG, IGA, IGM)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	16	5
	1.361	AC ANTI GLIADINA (M)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	6
	1.362	AC ANTI HISTONAS (MI-V)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.363	AC ANTI HLA (PRA) (L-I)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	2
	1.364	AC ANTI INSULINA (M)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.365	AC ANTI ISLOTES DE LANGERHANS (M)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.366	AC ANTI LEISHMANIA DONOVANI IGG E IGM	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.367	AC ANTI LISTERIA IgE (H)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.368	AC ANTI MUSCULO LISO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.369	AC ANTI RECEPTOR TSH (B)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.370	AC ANTI VARICELA/ZOSTER (L)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.371	AC ANTIGENO HEPATICO SOLUBLE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.372	AC CENTROMERO (CENP-B) (MI-V)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	5
	1.373	AC CITOSOL HEPATICO**	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.374	AC CONTRA AG ASOCIADOS A MIOSITIS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.375	AC E VIRUS B DE HEPATITIS (M-V)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.376	AC HISTOPLASMA CAPSULATUM IGM**	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	5
	1.377	AC LKM (V)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.378	AC Parvovirus B-19 (V)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	4
	1.379	AC PEPTIDO C Citrulinado (Mi-S)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	5
	1.380	AC PROTEINA P RIBOSOMAL	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.381	AC REC. ACETILCOLINA (L-I)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.382	AC s VIRUS B DE HEPATITIS (M-V)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.383	AC VIRUS D DE HEPATITIS*	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.384	ACIDO VANILLILMANDELICO (1)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	3
	1.385	ACTIVIDAD TRIPTICA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.386	ADENOSIN DEAMINASA EN LIQUIDO DE ASCITIS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.387	ADENOSIN DEAMINASA EN LIQUIDO PLEURAL	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.388	AG CYFRA 21-1 (M-S)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.389	AC HLA B27	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.390	AG s VIRUS DE HEPATITIS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3

SESVERACRUZ/06/2026

30 JUN 2026

IMSS-BIE

AÑO DEL RECUERDO 2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.391	ALDOLASA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	4
	1.392	ALOANTICUERPOS PRE-TRASPLANTE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.393	ALOANTICUERPOS PRE-TRASPLANTE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.394	ALOANTICUERPOS PRE-TRASPLANTE (DONANTE CADAVERICO)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.395	ANDROSTENODIONA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.396	ANTI-ACUAFORINA 4	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.397	ANTIGENO HISTOPLASMA CAPSULATUM **	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.398	ANTITRIPSINA ALFA 1	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.399	APOLIPOPROTEINAS A1 Y B	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.400	CAD. KAPPA Y LAMBDA LIBRES EN SUERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.401	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.402	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS EN PLASMA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.403	CERULOPLASMINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.404	CICLOSPORINA EN SANGRE TOTAL	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.405	CISTATINA C (M-J)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.406	CITRATO EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.407	CUANTIF. DE MUCOPOLISACARIDOS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.408	DIGOXINA EN SUERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.409	F2 (FACTOR II, PROTROMBINA), C.*97G>A (20210G>A)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.410	FRAGILIDAD OSMÓTICA EN ERITROCITOS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.411	FUSIÓN BCR/ABL1 (P190 Y P210, CROMOSOMA FILADELFIA, T(9;22)(Q34;)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	8	8
	1.412	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS TIPO IGG LCR	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.413	GENOTIPO HCV**	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.414	HLA-A DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.415	HLA-A, B Y DRB1 DE BAJA RESOLUCION	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	5
	1.416	HLA-B DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.417	HLA-CW DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	10	10
	1.418	HLA-DQB1 DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.419	HLA-DQB1 DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	5
	1.420	HORMONA ANTI MULLERIANA**	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	6
	1.421	INDICE SFIT-UPICE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.422	INHIBIDOR DE ESTERASA DE C1 (V)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.423	INHIBIDOR DEL FACTOR VIII	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.424	INMUNOFIJACION (ORINA)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.425	INMUNOFIJACION (SUERO)(2)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.426	INMUNOGLOBULINA D	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3

SESAVER/DJ/1066/2026 APP

30 JUN 2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.427	INVESTIGACION DE HELICOBACTER PYLORI EN HECES	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	4	4
	1.428	JAK2, MUTACIÓN C.1849G>T (P.VAL617PHE, V617F) EN SANGRE	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.429	METANEFRINAS EN ORINA (L)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	3
	1.430	METOTREXATO**	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.431	PEPTIDO C**	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.432	RENINA**	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.433	SIROLIMUS EN SANGRE TOTAL (L-M)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.434	SOMATOMEDINA C (L- M)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.435	SUBCLASES DE IGA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.436	SUBCLASES DE IgG (5)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.437	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.438	SUSCEPTIBILIDAD CELIACA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.439	TRANSGLUTAMINASA TIS. IgG E IgA (M)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.440	VITAMINA D	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	1
	1.441	VPH URETRAL, DETECCIÓN Y TIPIFICACIÓN	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	3
	1.442	17 ALFA-HIDROXIPROG.	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.443	ENFERMEDAD MÍNIMA RESIDUAL EN MEDULA ÓSEA.	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	84	41
	1.444	VITAMINA D3.	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	3
	1.445	INMUNOHISTOQUÍMICA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	6	3
	1.446	HISTOPATOLÓGICO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.447	TRASLOCACIONES T(9;22)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	3
	1.448	CROMOSOMA FILADELFIA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	5	2
	1.449	AC IGG ADAMTS 13	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	2
	1.450	ACTIVIDAD ADAMSTS 13 (J).	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	1
	1.451	ANTI-TIROSINA FOSFATASA (ICA 512)	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	1
	1.452	ANTICUERPOS ANTI IA2	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	1
	1.453	TACROLIMUS SÉRICO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	1
	1.454	MICOFENOLATO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.455	ANTI NMDA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.456	COBRE EN SUERO **	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.457	COBRE EN ORINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.458	ANGIOTENSINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.459	25 HIDROXIVITAMINA D	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.460	17OH PROGESTERONA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.461	LACTOFERRINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.462	CALPROTECTINA FECAL CUANTITATIVA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1

30 JUN 2026

SESVER/CJ/006/2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.463	ÁCIDOS BILIARES.	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.464	TAMIZ METABÓLICO AMPLIADO.	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	2
	1.465	QUANTIFERON TB	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	1
	1.466	6 FOSFATO DESHIDROGENASA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	3	1
	1.467	FACTOR XI	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.468	FACTOR XII	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.469	FLT3-ITD	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.470	PDGFRL	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.471	ZINC EN SUERO	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.472	ANTIGENO P24	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.473	ANTI GAD 65	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	2	1
	1.474	ANTICUERPOS ANTI-MOG EN LCR.	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.475	ERITROPOYETINA	PRUEBA	LABORATORIO DE ASESORÍA Y SERVICIO REFERIDO S.A. DE C.V LABORATORIO LASER	ISO 15189:2012 NO. CL 088/ ISO 9001:2015 No. ECMX 1212/17 por APPLUS	1	1
	1.476	PRUEBA RÁPIDA DUAL DE DIAGNÓSTICO IN VITRO PARA LA DETECCIÓN CUALITATIVA DEL ANTÍGENO (AG) DEL SARS-COV-2 E INFLUENZA A Y B PARA REALIZACIÓN MEDIANTE PRUEBA UNITARIA.	PRUEBA	SGTI-FLEX COVID-19 & FLU A/B AG DUO	2884R2024SSA / 17 OCTUBRE 2029	20	20
	1.477	CHLAMYDIA TRACHOMATIS (PRUEBA RÁPIDA).	PRUEBA	CERTUM CHLAMYDIA RAPID TEST	1022R2018 SSA 3/07/2030	20	20
	1.478	PRUEBA RÁPIDA DE DIAGNÓSTICO IN VITRO PARA LA DETECCIÓN CUALITATIVA DE ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG/IGM Y ANTÍGENO NS1 PARA REALIZACIÓN MEDIANTE PRUEBA UNITARIA.	PRUEBA	Certum Dengue IgG/IgM/NS1.	1298R2017 SSA / 09/08/2029	20	20
	1.479	cyCD3 V450, CD45 V500c, cyMPO FITC, cyCD79a PE, CD34 PERCPCY5.5, CD19 PE-CY7, CD7APC, smCD3 APC H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.480	CD22 APC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.481	CD19 PE-Cy7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.482	CD117 APC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.483	TdT FITC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.484	CD34 PerCP-Cy5-5	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.485	CD15 FITC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.486	CD33 PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.487	CD13 PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.488	sm IgM APC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.489	cyIgM FITC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.490	CD81 APC H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.491	LAMBDA APC H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.492	CD9 V450	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.493	CD21 V450	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.494	CD123 APC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.495	[illegible] PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.496	sm IgKappa V450	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.497	CD24 APC H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5

SESVER/DJ/0626/2026

30 JUN 2026

IHSSDLE

AÑO DEL RECURSO

2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO(VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.498	CD45 V500 C RUO	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.499	CD8 PE CY7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.500	CD117 PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.501	CD5 PerCP-Cy5-5	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.502	CD10 PE-Cy7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.503	CD4 PerCP-Cy5-5	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.504	CD2 FITC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.505	CD99 PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.506	CD1a APC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.507	CyCD3 V450	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.508	CD3 APC-H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.509	CD7 APC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.510	HLA-DR V450, CD45 V500-C, CD16 FITC, CD13 PE, CD34 PERCP CY5-5, CD117 PE-Cy7, CD11b APC, CD10 APC-H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.511	HLA-DR V450, CD45 V500-C, CD35 FITC, CD64 PE, CD34 PERCP CY5-5, CD117 PE-Cy7, IREM-2 APC, CD14 APC-H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.512	HLA-DR V450, CD45 V500-C, CD36 FITC, CD105 PE, CD34 PERCP CY5-5, CD117 PE-Cy7, CD33 APC, CD71 APC-H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.513	HLA-DR V450, CD45 V500-C, TdT FITC, CD56 PE, CD34 PERCP CY5-5, CD117 PE-Cy7, CD7 APC, CD19 APC-H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.514	CD10 APC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.515	CD66c PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.516	CD20 V450 L27	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.517	CD38 APC-H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.518	CD123 APC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.519	CD73 PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.520	CD81 FITC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.521	CD304 PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.522	CD45RA PE Cy7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.523	CD2 PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.524	CD34 PE-Cy7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.525	CD 56 PE-Cy7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.526	CD 33 PERCP-Cy5-5	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.527	TCRγδ FITC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.528	TCRαβ PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.529	CD 4 FITC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.530	CyTCRβ APC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.531	CD3 PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	5	5
	1.532	HLA DR PERCP-Cy5-5	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	4	4
	1.533	HLA-DR V450	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2

30 JUN 2026
IMSS BIE
2026
SESAVER/DJU/066/2026

PARTIDA	SUB PARTIDA	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	MARCA	REGISTRO SANITARIO/ VIGENCIA	CANTIDAD	
						MAX. MENSUAL	MIN. MENSUAL
	1.534	CD8	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.535	ONEFLOW LST	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.536	BCP ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA MRD	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.537	CD45RA FITC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.538	PCST KIT IVD	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.539	PCD KIT RUO	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.540	CD138 BV 421	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.541	CD27 BV510	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.542	CD38 FITC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.543	CD56 PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.544	CD45 percP-Cy5-5	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.545	IGK APC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.546	IGL APC-H7	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.547	CD23 FITC EBCVC-5 RUO	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.548	CD10 PE (MEM-78) RUO	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.549	CD79B PERCP-CY5-5 SN8 RUO	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.550	CD19 PE-CY7 SJ25C1	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.551	CD200 APC (MRC OX-104) RUO	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.552	CD43 APC-H7 (1G10) RUO	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.553	CD31 FITC	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.554	CD305 PE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.555	HU IGM APC G20-127	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.556	FC BEADS BV421	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.557	FC BEADS BV510	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.558	PHARM LYSE	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2
	1.559	***ANTICUERPOS (PARA)	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	10	10
	1.560	***COMPATIBILIDAD TRANSPLANTES	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	10	10
	1.561	***COMPATIBILIDAD TRANSPLANTES	PRUEBA	Becton Dickinson y Compañía	D.O.F. RENGLON 538	2	2

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADO.

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		L.V. DE SALUD MENTAL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
HEMATOLOGÍA	1.1	BIOMETRÍA HEMÁTICA	PRUEBA	MÁXIMO	117	50	1,500	500	550	1,500	500	1,000
				MÍNIMO	47	40	300	500	100	200	200	400
	1.2	RETICULOCITOS	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
QUÍMICA CLÍNICA RUTINA	1.3	GLUCOSA	PRUEBA	MÁXIMO	117	50	800	400	600	430	300	490
				MÍNIMO	47	40	160	70	120	140	120	156
	1.4	UREA	PRUEBA	MÁXIMO	117	50	658	300	600	437	300	430
				MÍNIMO	47	40	92	52	120	87	120	172
	1.5	CREATININA	PRUEBA	MÁXIMO	117	50	558	250	600	437	300	430
				MÍNIMO	47	40	110	52	120	87	120	172
	1.6	ÁCIDO ÚRICO	PRUEBA	MÁXIMO	9	5	293	250	600	349	300	300
				MÍNIMO	4	4	19	50	120	70	120	120
	1.7	COLESTEROL	PRUEBA	MÁXIMO	9	9	598	240	600	394	300	350
				MÍNIMO	4	4	120	48	120	79	120	140
	1.8	TRIGLICÉRIDOS	PRUEBA	MÁXIMO	9	9	598	540	600	394	300	350
				MÍNIMO	4	4	120	48	120	79	120	140
	1.9	BILIRRUBINA TOTAL	PRUEBA	MÁXIMO	9	9	194	45	49	73	50	140
				MÍNIMO	4	4	39	9	10	15	20	56
	1.10	BILIRRUBINA DIRECTA	PRUEBA	MÁXIMO	9	9	200	45	49	73	50	140
				MÍNIMO	4	4	40	9	10	15	20	56
	1.11	TGO (AST)	PRUEBA	MÁXIMO	9	9	200	45	49	73	50	140
				MÍNIMO	4	4	40	9	10	15	20	56
	1.12	TGP (ALT)	PRUEBA	MÁXIMO	9	9	150	45	49	73	50	140
				MÍNIMO	4	4	30	9	10	15	20	56
	1.13	FOSFATASA ALCALINA	PRUEBA	MÁXIMO	9	9	148	45	24		70	140
				MÍNIMO	4	4	30	9	5		10	56
	1.14	CALCIO	PRUEBA	MÁXIMO	9	9	50					50
				MÍNIMO	4	4	12					20
	1.15	FÓSFORO	PRUEBA	MÁXIMO			58					50
				MÍNIMO			12					20
	1.16	PROTEÍNAS TOTALES	PRUEBA	MÁXIMO			65	20			28	70
				MÍNIMO			13	4			11	28
	1.17	ALBÚMINA	PRUEBA	MÁXIMO			65	20	20		27	70
				MÍNIMO			13	4	4		11	28
	1.18	MAGNESIO	PRUEBA	MÁXIMO			58					
				MÍNIMO			12					
	1.19	MICROALBUMINURIA	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
QUÍMICA CLÍNICA PRUEBAS ESPECIALES	1.20	DHL	PRUEBA	MÁXIMO			34				21	36
				MÍNIMO			11				8	12
	1.21	HDL	PRUEBA	MÁXIMO	18		263	35			21	30
				MÍNIMO	5		41	7			8	12
	1.22	LDL	PRUEBA	MÁXIMO	18		265	35			21	30
				MÍNIMO	5		41	7			8	12
	1.23	AMILASA	PRUEBA	MÁXIMO			28					30
				MÍNIMO			3					12
	1.24	LIPASA	PRUEBA	MÁXIMO			28					6
				MÍNIMO			3					2
	1.25	CK	PRUEBA	MÁXIMO			27					23
				MÍNIMO			5					4
	1.26	CREATININA EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO				15			15	
				MÍNIMO				3			6	
	1.27	PROTEÍNAS EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO								20
				MÍNIMO								8
	1.28	AMONIO	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.29	HIERRO SÉRICO	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.30	COLINESTERASA	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.31	CAPACIDAD DE FIJACIÓN DEL HIERRO	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.32	PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.33	VITAMINA B12	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.34	FOLATO	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.35	HAVAB	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.36	FERRITINA	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.37	HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	PRUEBA	MÁXIMO	30		90	90	90	90	90	90
				MÍNIMO	9		18	18	18	18	36	36
INMUNOLOGÍA PRUEBAS DE RUTINA	1.38	T3 LIBRE	PRUEBA	MÁXIMO	28		48					
				MÍNIMO	11		18					
	1.39	T3 TOTAL	PRUEBA	MÁXIMO	28		48					
				MÍNIMO	11		18					
	1.40	T4 LIBRE	PRUEBA	MÁXIMO	28		48					
				MÍNIMO	11		18					
	1.41	T4 TOTAL	PRUEBA	MÁXIMO	28		48					
				MÍNIMO	11		18					
	1.42	TSH	PRUEBA	MÁXIMO	28		48					
				MÍNIMO	11		18					
	1.43	CT3	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.44	PROGESTERONA	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.45	TESTOSTERONA	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.46	PROLACTINA	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.47	HORMONA HL	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								
	1.48	HORMONA HEF (FSH)	PRUEBA	MÁXIMO								
				MÍNIMO								

30 JUN 2026

FUENTE DE FINANCIAMIENTO INSS-BIE
AÑO DEL RECURSO 2026

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD				J.S. I					J.S. II				
						C.A. DE SALUD MENTAL	[illegible]	HOSPITAL GENERAL PÁNUCO DR. MANUEL I. ÁVILA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE OZULUAMA DE MASCAREÑAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA	UNIDAD PLATÓN SÁNCHEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CERRO AZUL	HOSPITAL GENERAL ÁLAMO	HOSPITAL GENERAL TUXPAN DR. EMILIO ALCÁZAR	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NARANJOS	CENTRO DE SALUD DE ÁLAMO
		1.49	ESTRADIOL	PRUEBA	MÁXIMO										14		
					MÍNIMO										3		
		1.50	HORMONA TIROXINA (T-UP)	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.51	CORTISOL	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.52	INSULINA	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.53	ASO	PRUEBA	MÁXIMO			27									
					MÍNIMO			5									
		1.54	PROTEINA C REACTIVA (PCR)	PRUEBA	MÁXIMO			27									
					MÍNIMO			5									
		1.55	FACTOR REUMATOIDE	PRUEBA	MÁXIMO			27									
					MÍNIMO			5									
		1.56	IGE	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.57	CEA	PRUEBA	MÁXIMO										15		
					MÍNIMO										3		
		1.58	CA 15-3	PRUEBA	MÁXIMO										15		
					MÍNIMO										3		
		1.59	CA 19-9	PRUEBA	MÁXIMO										15		
					MÍNIMO										3		
		1.60	CA 125	PRUEBA	MÁXIMO										15		
					MÍNIMO										3		
		1.61	PSA LIBRE	PRUEBA	MÁXIMO										15		
					MÍNIMO										2		
		1.62	PSA TOTAL	PRUEBA	MÁXIMO			25							8		
					MÍNIMO			5							2		
		1.63	BHGC	PRUEBA	MÁXIMO			25									
					MÍNIMO			4									
		1.64	AFP	PRUEBA	MÁXIMO										15		
					MÍNIMO										3		
		1.65	HGH	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.66	VIH	PRUEBA	MÁXIMO	10											
					MÍNIMO	3											
		1.67	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.68	TOXO IgG	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.69	TOXO IgM	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.70	CMV IgM	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.71	RUB IgG	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
	INMUNOLOGÍA PRUEBAS ESPECIALES	1.72	RUB IgM	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.73	HSV 1 Y 2 IgG	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.74	HSV 1 Y 2 IgM	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.75	CMV IgG	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.76	HEP B	PRUEBA	MÁXIMO										15		
					MÍNIMO										3		
		1.77	HEP C	PRUEBA	MÁXIMO										15		
					MÍNIMO										4		
		1.78	HBS Ag	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.79	CK-MB	PRUEBA	MÁXIMO			50					25	60	30		
					MÍNIMO			10					10	24	8		
		1.80	MIOGLOBINA	PRUEBA	MÁXIMO										20		
					MÍNIMO										4		
		1.81	TROPONINA	PRUEBA	MÁXIMO										25		
					MÍNIMO										4		
		1.82	EBV IgM	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.83	VCA IgG	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.84	PROCALCITONINA	PRUEBA	MÁXIMO										30		
					MÍNIMO										4		
		1.85	METROTEXATE	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.86	EBNA IgG	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.87	DIMERO D	PRUEBA	MÁXIMO										30		
					MÍNIMO										4		
		1.88	BETA 2 MICROGLOBULINA	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.89	CORTISOL	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.90	ANTICUERPOS ANTI TPO	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.91	ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.92	AC. FOLICO	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
		1.93	INMUNOGLOBULINAS IgG, IgM, IgA NEFELOMETRICO	PRUEBA	MÁXIMO												
					MÍNIMO												
	[illegible]	1.94	EGO	PRUEBA	MÁXIMO	80		820	525	430	400	1,000	600	117	697	300	1,000
					MÍNIMO	40		164	105	86	120	400	240	[illegible]	139	120	400

SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA		J.S. III					J.S. IV					J.S. V			
			HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ENTABLADERO	HOSPITAL GENERAL PAPANTLA DR. JOSÉ BUILL BELENGUER	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE HUAYACOCOTLA	HOSPITAL REGIONAL DE POZA RICA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LLANO EN MEDIO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAPACOYAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIÉRREZ ZAMORA	HOSPITAL GENERAL MARTÍNEZ DE LA TORRE	HOSPITAL GENERAL DE MISANTLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE [illegible] GERARDO DÍAZ MORALES	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE COATEPEC	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEOCELO	HOSPITAL GENERAL PEROTE VERACRUZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO
1.49	ESTRADIOL	MÁXIMO				43			15				15		20	
		MÍNIMO				9			3				3		6	
1.50	HORMONA TIROXINA (T-UP)	MÁXIMO											38		20	
		MÍNIMO											6		8	
1.51	CORTISOL	MÁXIMO				10									20	
		MÍNIMO				4									8	
1.52	INSULINA	MÁXIMO											19		20	
		MÍNIMO											4		8	
1.53	ASO	MÁXIMO				30										
		MÍNIMO				12										
1.54	PROTEINA C REACTIVA (PCR)	MÁXIMO														
		MÍNIMO														
1.55	FACTOR REUMATOIDE	MÁXIMO				30										
		MÍNIMO				12										
1.56	IGE	MÁXIMO				5			15				10			
		MÍNIMO				2			3				4			
1.57	CEA	MÁXIMO				15			10							
		MÍNIMO				6			2							
1.58	CA 15-3	MÁXIMO				15			10				15			
		MÍNIMO				6			2				3			
1.59	CA 19-9	MÁXIMO				15			15				10			
		MÍNIMO				5			3				2			
1.60	CA 125	MÁXIMO				15			10				10			
		MÍNIMO				6			2				2			
1.61	PSA LIBRE	MÁXIMO											20			
		MÍNIMO											4			
1.62	PSA TOTAL	MÁXIMO				30			10				20			5
		MÍNIMO				12			3				4			1
1.63	BHGC	MÁXIMO				38				20			22			
		MÍNIMO				16				8			4			
1.64	AFP	MÁXIMO				14			10				15			
		MÍNIMO				6			2				3			
1.65	HGH	MÁXIMO							10							
		MÍNIMO							2							
1.66	VIH	MÁXIMO				80							10			
		MÍNIMO				32							2			
1.67	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA	MÁXIMO				600			200	50	25		15		50	
		MÍNIMO				240			40	10	5		3		20	
1.68	TOXO IgG	MÁXIMO				5							10			
		MÍNIMO				2							2			
1.69	TOXO IgM	MÁXIMO				5							10			
		MÍNIMO				2							2			
1.70	CMV IgM	MÁXIMO				5							10			
		MÍNIMO				2							2			
1.71	RUB IgG	MÁXIMO				5							10			
		MÍNIMO				2							2			
1.72	RUB IgM	MÁXIMO				5							10			
		MÍNIMO				2							2			
1.73	HSV 1 Y 2 IgG	MÁXIMO														
		MÍNIMO														
1.74	HSV 1 Y 2 IgM	MÁXIMO														
		MÍNIMO														
1.75	CMV IgG	MÁXIMO				5							10			
		MÍNIMO				2							2			
1.76	HEP B	MÁXIMO				5							20			
		MÍNIMO				2							4			
1.77	HEP C	MÁXIMO				15							10			
		MÍNIMO				6							2			
1.78	HBS Ag	MÁXIMO				15			20				10			
		MÍNIMO				6			8				4			
1.79	CK-MB	MÁXIMO		35		30	7	10	100	60	10		10		41	
		MÍNIMO		7		12	3	4	40	12	2		2		16	
1.80	MIOGLOBINA	MÁXIMO				20							10			
		MÍNIMO				8							4			
1.81	TROPONINA	MÁXIMO				30							10		30	
		MÍNIMO				12							4		12	
1.82	EBV IgM	MÁXIMO														
		MÍNIMO														
1.83	VCA IgG	MÁXIMO														
		MÍNIMO														
1.84	PROCALCITONINA	MÁXIMO				30							20			
		MÍNIMO				12							4			
1.85	METROTEXATE	MÁXIMO				15										
		MÍNIMO				6										
1.86	EBNA IgG	MÁXIMO														
		MÍNIMO														
1.87	DIMERO D	MÁXIMO				180			100	28			20		40	
		MÍNIMO				72			40	6			4		16	
1.88	BETA 2 MICROGLOBULINA	MÁXIMO				10										
		MÍNIMO				4										
1.89	CORTISOL	MÁXIMO														
		MÍNIMO														
1.90	ANTICUERPOS ANTI TPO	MÁXIMO											10			
		MÍNIMO											4			
1.91	ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA	MÁXIMO														
		MÍNIMO														
1.92	AC. FOLICO	MÁXIMO				10										
		MÍNIMO				4										
1.93	INMUNOGLOBULINAS IgG, IgM, IgA NEFELOMETRICO	MÁXIMO				10										
		MÍNIMO				4										
1.94	EGO	MÁXIMO	500	700	400	1,200	320	400	420	956	637	250	2,000	275	1,100	371
		MÍNIMO	200	140	80	600	128	154	168	175	127	100	400	110	440	74

SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA		J.S. V						J.S. VI				J.S. VII						
			CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA DR. MIGUEL DORANTES MESA	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN	CENTRO DE SALUD GASTÓN MELO	HOSPITAL GENERAL ALTOTONGA EUFROSINA CAMACHO	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE ALTO LUCERO DE GUTIÉRREZ BARRIOS, VER.	HOSPITAL GENERAL CÓRDOBA YANGA	HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. DARÍO MÉNDEZ LIMA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEZONAPA	CENTRO DE SALUD CÓRDOBA	HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAQUILPA VISTA HERMOSA	HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR. VÍCTOR M. CONCHA VÁSQUEZ	CENTRO DE SALUD ORIZABA	C.E.S.S.A. [illegible] ATZOMPA	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA (VERACRUZ)
1.49	ESTRADIOL	MÁXIMO	20	30	30				14				30					43	
		MÍNIMO	20	12	12				6				12					17	
1.50	HORMONA TIROXINA (T-UP)	MÁXIMO	49	200	18								21					36	
		MÍNIMO	35	60	4								8					14	
1.51	CORTISOL	MÁXIMO		30	20								5					32	
		MÍNIMO		12	8								2					15	
1.52	INSULINA	MÁXIMO		30									3					34	
		MÍNIMO		12									1					30	
1.53	ASO	MÁXIMO	50	27														38	
		MÍNIMO	20	11														14	
1.54	PROTEINA C REACTIVA (PCR)	MÁXIMO	50	194									30					34	30
		MÍNIMO	20	78									12					14	12
1.55	FACTOR REUMATOIDE	MÁXIMO	50	50														34	
		MÍNIMO	20	20														14	
1.56	IGE	MÁXIMO		30	30													54	
		MÍNIMO		12	20													38	
1.57	CEA	MÁXIMO	250	27	30				10				31					108	22
		MÍNIMO	100	11	20				4				20					43	9
1.58	CA 15-3	MÁXIMO	160	27	30				5				9					34	13
		MÍNIMO	64	11	10				1				5					22	6
1.59	CA 19-9	MÁXIMO	210	27	50				10				25					54	25
		MÍNIMO	84	11	20				4				12					22	10
1.60	CA 125	MÁXIMO	189	27	50				10				30					54	23
		MÍNIMO	76	11	20				4				15					22	9
1.61	PSA LIBRE	MÁXIMO	240	49									15					54	48
		MÍNIMO	96	20									6					22	19
1.62	PSA TOTAL	MÁXIMO	242	49	54				15				19					162	24
		MÍNIMO	97	20	22				6				6					85	20
1.63	BHGC	MÁXIMO	270	108	100				15				35					58	38
		MÍNIMO	108	43	40				6				14					25	19
1.64	AFP	MÁXIMO	270	30					8				15					108	8
		MÍNIMO	108	12					2				6					43	3
1.65	HGH	MÁXIMO		20														54	
		MÍNIMO		8														22	
1.66	VIH	MÁXIMO	189	507	500				10				23					165	120
		MÍNIMO	76	203	200				4				8					72	43
1.67	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA	MÁXIMO	300	28	30				100									50	9
		MÍNIMO	120	13	20				40									20	5
1.68	TOXO IgG	MÁXIMO	27	27	27								6					54	
		MÍNIMO	11	11	11								2					38	
1.69	TOXO IgM	MÁXIMO	27	27	27								6					84	
		MÍNIMO	11	11	11								2					38	
1.70	CMV IgM	MÁXIMO	27	27	27								6					85	
		MÍNIMO	11	11	11								2					38	
1.71	RUB IgG	MÁXIMO	27	27	22								6					108	
		MÍNIMO	11	11	11								2					43	
1.72	RUB IgM	MÁXIMO	27	27	27								6					108	
		MÍNIMO	11	11	11								2					43	
1.73	HSV 1 Y 2 IgG	MÁXIMO		27									6					54	
		MÍNIMO		11									2					22	
1.74	HSV 1 Y 2 IgM	MÁXIMO		27									6					54	
		MÍNIMO		11									2					22	
1.75	CMV IgG	MÁXIMO	27	27									6					108	
		MÍNIMO	11	11									2					43	
1.76	HEP B	MÁXIMO	27	27	100								6					108	
		MÍNIMO	11	11	40								2					43	
1.77	HEP C	MÁXIMO	55	55	100				11				6					108	
		MÍNIMO	22	22	40				4				2					43	
1.78	HBS Ag	MÁXIMO		55					11				6					108	
		MÍNIMO		22					4				2					43	
1.79	CK-MB	MÁXIMO	81	81	100				30		13		41					108	58
		MÍNIMO	32	32	40				20		6		16					43	20
1.80	MIOGLOBINA	MÁXIMO	20	70	110								10					108	
		MÍNIMO	8	28	44								4					43	
1.81	TROPONINA	MÁXIMO	100	150	110				10				30					108	20
		MÍNIMO	40	60	44				4				12					43	10
1.82	EBV IgM	MÁXIMO	15	20														54	
		MÍNIMO	6	8														22	
1.83	VCA IgG	MÁXIMO	20	15														54	
		MÍNIMO	8	6														22	
1.84	PROCALCITONINA	MÁXIMO	30	194	54				10				30					108	54
		MÍNIMO	12	78	22				4				12					43	22
1.85	METROTEXATE	MÁXIMO	175	20														82	
		MÍNIMO	14	8														33	
1.86	EBNA IgG	MÁXIMO	60	20														54	
		MÍNIMO	20	8														22	
1.87	DIMERO D	MÁXIMO	70	70	230				10				15					42	
		MÍNIMO	28	28	80				4				6					17	
1.88	BETA 2 MICROGLOBULINA	MÁXIMO	81	23														77	
		MÍNIMO	32	10														31	
1.89	CORTISOL	MÁXIMO		15														54	
		MÍNIMO		6														22	
1.90	ANTICUERPOS ANTI TPO	MÁXIMO		20														54	
		MÍNIMO		8														22	
1.91	ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA	MÁXIMO		20														54	
		MÍNIMO		8														22	
1.92	AC. FOLICO	MÁXIMO		15														54	
		MÍNIMO		6														22	
1.93	INMUNOGLOBULINAS IgG, IgM, IgA NEFELOMETRICO	MÁXIMO		15									5					54	
		MÍNIMO		6									2					22	
1.94	EGO	MÁXIMO	905	1,970	1,500	320	215	300	700	600	400	600	1,500	600	60	1,500	500	1,630	1,400
		MÍNIMO	362	788	600	64	43	60	280	120	160	120	600	120	30	400	100	717	563

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IHSS-BIE
AÑO DEL RECURSO 2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

SESVER/DA/C-003/2026

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 3
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

NA RIA TA DA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		A LA SALUD MODULAR	CENTRO ESTATAL DE	HOSPITAL GENERAL PANUCO DR. MANUEL A. PAOLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD TUXPAN DE RODRIGUEZ CANO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CHICONTEPEC	HOSPITAL GENERAL CUITLAHUAC	JALPAN SANTIAGO SANCHEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CORONEL ADRIAN CASTILLO RAMIREZ	HOSPITAL GENERAL COATZACOALCOS DR. MIGUEL ALEMAN	HOSPITAL GENERAL DE ZONA DR. EMILIO ULLOA PEREZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE MINATITLAN	CENTRO DE SALUD DE ALVARADO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ENTABLADO	HOSPITAL GENERAL MARTINEZ DE LA TORRE DR. JOSE RUIZ MEDRANO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CORONEL ADRIAN CASTILLO RAMIREZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	HOSPITAL GENERAL MARTINEZ DE LA TORRE	HOSPITAL GENERAL DE HUATUSCO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SANTA ROSA DEL NARANJO MAC MORALES	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE COATEPEC	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ISTACZOC	HOSPITAL GENERAL PEROTE DR. LUIS G. MENDEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE HUATUSCO	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGIA DR. MIGUEL DOMINGUEZ MESA	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. LUIS F. NACHON	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE ALTO LUCERO DE GUTIÉRREZ BARRIOS, MR.	HOSPITAL GENERAL CORDOBA NORTE	HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR. DARIO MENDEZ LEVY	HOSPITAL GENERAL DE LA COMUNIDAD DE TEZONAPA	CENTRO DE SALUD CORDOBA	HOSPITAL REGIONAL RIO BLANCO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAQUILPA VISTA HERMOSA	HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR. VICTOR MANUEL CAMACHO MENDIOLA	CENTRO DE SALUD ORIZABA	C.E.A.I.S.A. SOLEDAD ATZOMPA	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD MR. DE VERACRUZ	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DE VERACRUZ
	TOXICOLOGICOS PRE-CONCEPCIONALES, CANCER, TSH, A Y	1.95	SEDIMENTO URINARIO	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
		1.96	GASOMETRIA	PRUEBA	MÁXIMO				20																																				
					MÍNIMO				4																																				
	ELECTROLITOS PRE RUTINA	1.97	ELECTROLITOS (CL, K, NA, CA)	PRUEBA	MÁXIMO	60		80	35																																			
					MÍNIMO	15		40	6																																				
	COAGULACION PRE RUTINA	1.98	TP	PRUEBA	MÁXIMO		50	210	50	150	108	75	120	200	200	150		200	125	32	300	54	350	350	270	264	75	210	150	500	108	600	990	800		150	43	604	81	205		304	20		30	1,100	500
					MÍNIMO		42	70	10	22	22	29	40	120	40	60		120	27	6	200	22	100	100	54	53	29	50	60	200	22	240	396	320		30	9	240	16	80		304	20		30	1,100	500
		1.99	TPT	PRUEBA	MÁXIMO		50	210	50	150	108	70	120	200	200	150		200	125	32	300	54	350	350	270	264	75	210	150	500	108	600	990	800		150	43	604	81	205		304	20		6	451	200
					MÍNIMO		42	70	10	22	22	29	40	120	40	60		120	27	6	200	22	100	100	54	53	29	50	60	200	22	240	396	320		30	9	240	16	80		304	20		30	1,100	500
					MÁXIMO																																						6	451	200
					MÍNIMO																																								30	
		1.100	VISCOELASTICA EN SANGRE TOTAL	PRUEBA	MÁXIMO																																							12	
					MÍNIMO																																								4	
					MÁXIMO																																									381	
	COAGULACION PRE-QUIRURGICAS	1.101	FIBRINOGENO	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
		1.102	TROMBINA	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
		1.103	ANTITROMBINA	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
	MICROBIOLOGIA PRE DE RUTINA	1.104	CULT GRAM -	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
		1.105	CULT GRAM +	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
		1.106	LEVADURAS	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
	HEMOCULTIVOS PRUEBAS DE RUTINA	1.107	FAN AEROBICO	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
		1.108	FAN ANAEROBICO	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
		1.109	PF PEDIATRICO	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
		1.110	BOTELLAS MP	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																									
	DROGAS TERAPEUTICAS	1.111	ACIDO VALPROICO	PRUEBA	MÁXIMO	10																																							
					MÍNIMO	3																																								
		1.112	FENITOINA	PRUEBA	MÁXIMO	10																																							
					MÍNIMO	3																																								
		1.113	CARBAMAZEPINA	PRUEBA	MÁXIMO	10																																							
					MÍNIMO	3																																								
	HEMATOLOGIA	1.114	ANTI A	PRUEBA	MÁXIMO			135	61	54	108	58	160	180	205	150	157	110	180	160	300	43	50	70	189	189	58	216	80	227	108	170	300	432	220	83	50	104	97	91	81	310	162		100	81	516	189
					MÍNIMO			27	12	11	22	20	64	43	41	60	63	47	36	32	120	17	20	28	38	38	20	43	32	91	22	68	320	173	44	17	10	76	19	32	16	100	32		60	18	250	76
		1.115	ANTI B	PRUEBA	MÁXIMO			135	61	54	108	58	160	180	205	150	157	110	180	160	300	43	50	70	189	189	58	216	80	227	108	163	300	432	220	83	50	104	97	91	81	310	162		100	81	389	189
					MÍNIMO			27	12	11	22	20	64	43	41	60	63	47	36	32	120	17	20	28	38	38	20	43	32	91	22	65	320	173	44	16	10	76	19	32	16	100	32		60	18	240	76
		1.116	ANTI A-B	PRUEBA	MÁXIMO			135	61		108	58	160	180	205	150		110	189	150	300	43	50	70	189	189	58	216	80	227	108	163	300	432	220	83	50	104	97	91	81	310	162		100		324	162
					MÍNIMO			27	9		22	20	64	43	41	60		47	36	32	120	17	20	9	38	38	20	43	32	91	22	65	320	173	44	18	10	65	19	32	16	100	32		60		120	65
		1.117	ANTI D	PRUEBA	MÁXIMO			135	40	54	108	58	160	180	205	150	157	110	189	160	300	43	50	70	189	189	58	216	80	256	108	163	300	432	220	83	50	104	97	91	81	310	162		100	81	378	192
					MÍNIMO			27	9	11	22	20	64	43	41	60	63	47	36	32	120	17	20	20	38	38	20	43	32	109	22	81	320	173	44	16	10	65	19	32	16	100	32		60	18	191	65
					MÁXIMO			5		10	20	20	15	20				20	15	5			20	20	20	20	20	9	10	15	5	40	30	27	5		20	18		18		20				100	14
		1.118	COOMS	PRUEBA	MÁXIMO			1		3	4	6	6	8				8	3	3			8	8	4	4	6	2	4	6	1	26	14	11	1		4	8		6		8				42	8
					MÍNIMO					10	20	20	15	20				20	15	5			20	20	20	20	20	9	10	15	5	40	30	27	5		20	18		18		20				100	14
		1.119	ALB 22%	PRUEBA	MÁXIMO					10	27	20	10	27				20	10	5			50	27	27	27	20	11	10	19	5	54	30	27	5		20	18		18		20				102	19
					MÍNIMO					2	5	6	4	11				6	4	2			10	11	9	5	9	2	4	8	1	22	14	9	1		4	6		6		8				41	8
		1.120	ANTI LEC	PRUEBA	MÁXIMO						18	6	54					20					20				10			15	3	22	14	10						6		3				42	
					MÍNIMO						4	2	22					4					4				2			3	1	8	6	2						2		1				17	
	SEROLOGIA EN DE RUTINA MANUAL	1.121	PARATIFICO A	PRUEBA	MÁXIMO			22	30	81	16	27	50	108	97	40	19	70	38	16	50	27	16	16	81	81	27	100	45	81	54	81	52	108	48	97	50	50	54	32	16	8	10	16	48	16	124	113
					MÍNIMO			4	8	16	6	11	20	43	19	16	8	28	8	3	20	11	6	6	16	16	11	20	16	32	11	32	24	43	20	19	10	10	11	13	3	3	2	5	16	3	50	45
		1.122	PARATIFICO B	PRUEBA	MÁXIMO			22	30	81	16	27	50	108	97	40	19	70	38	16	50	27	16	16	81	81	27	100	45	81	54	81	52	108	48	97	50	50	54	32	16	8	10	16	48	16	105	113
					MÍNIMO			4	8	16	6	11	20	43	19	16	8	28	8	3	20	11	6	6	16	16	11	20	16	32	11	32	24	43	20	19	10	10	11	13	3	3	2	5	16	3	40	45
		1.123	PROTEUS OX-19	PRUEBA	MÁXIMO			22	30	81	16	27	50	108		40	19	70	38	16	50	27	16	16	81	81	27			81	54	81		27	48	30	50	50		32	16	8	10	16	48	16	87	113
					MÍNIMO			4	8	16	6	11	20	43		16	8	28	8	3	20	11	6	6	16	16	11			32	11	32		11	10	6	10	10		13	3	3	2	5	16	3	35	45
		1.124	TIFICO H	PRUEBA	MÁXIMO			22	30	81	16	27	50	108	97	40	19	70	38	16	50	27	16	16	81	81	27	100	45	81	54	81	52	108	48	97	50	50	54	32	16	8	10	16	48	16	126	113
					MÍNIMO			4	8	16	6	11	20	43	19	16	8	28	8	3	20	11	6	6	16	16	11	20	16	32	11	32	24	43	20	19	10	10	11	13	3	3	2	5	16	3	55	45
		1.125	TIFICO O	PRUEBA	MÁXIMO			22	30	81	16	27	50	108	97	40	19	70	38	33	50	27	27	54	81	81	27			81	54	81	52	108	48	97	50	50	54	32	27	40	15	27	48	27	54	
					MÍNIMO			4	8	16	6	11	20	43	19	16	8	28	8	6	20	11	11	22	16	16	11	20	16	32	11	32	24	43	20	19	10	10	11	13	3	20	2	5	16	3	33	
		1.126	BRUCELLA ABORTUS	PRUEBA	MÁXIMO			22	30	81		27	50	81		32		28	8	6	25	11	11	22	16	16	11			54	81	50		48	97	50	50	54	32	27	40	15	27	48	27	54	
					MÍNIMO			4	8	16		11	6	32		21		28	8	6	25	11	11	22	16	16	11			11	32	10		10	19	10	10	11	13	3	20	2	5	16	3	33	
		1.127	PRUEBA EMBARAZO	PRUEBA	MÁXIMO	3		22	30	45	54	39	50	27	30	15	8	100	40	27	50	15	54	19	40	41	36	32	50	130	37			200	54	74	30	60	39	30	54	12	38	30	30	30	108	30
					MÍNIMO	2		4	6	9	11	14	12	13	10	6	2	40	8	5	20	8	22	7	8	8	14	6	20	90	7			80	11	8	8	24	8	20	11	5	8	8	20	8	43	20
		1.128	HIV 1 Y 2	PRUEBA	MÁXIMO			108	30	81	81	30	160	43	90	150	19	150	43	21		54	170	70	43	43	30	108	90	200	65			100	100	108	43	100	81	75	27	12	32	14	108	14	108	28
					MÍNIMO			22	6	16	16	20	64	17	18	60	8	60	9	6		22	60	28	9	9	28	20	26	80	13			60	28	30	22	9	60	18	30	5	5	6	3	16	3	43	8
		1.129	FACTOR REUMATOIDE	PRUEBA	MÁXIMO			27	15	14	22	30	30	27	60	2	11	30	32	21		11	27	190	27	27	20	60	100	150	16	190		190	90	16	27	30	27	30	27	24	11	7	27	21	54	28
					MÍNIMO			3	3	5	6	8	6	11	12	1	4	20	8	7		6	8	13	5	5	8	4	20	32	3	15		15	5	5	6	10	8	6	7	8	5	7	11	7	21	9
		1.130			MÁXIMO			27	15	14	22	30	30	27	56	2	9	30	32	21		11	27	190	27	27	20	60	100	150	16	190		190	90	16	27	30	27	30	27	24	11	7	27	21	54	120

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

RECIBIDO
30 JUN 2026
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANCIAMIENTO
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS- BIC
AÑO DEL EJERCICIO
2026

SESVER/DA/C-002/2026

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

Partida	Área técnica	Subpartida	Descripción de la prueba	Unidad		LNI de Salud Mental	Colación estándar	JJS I					JJS II					JJS III					JJS IV					JJS V										JJS VI				JJS VII				
								Hospital General Dr. Manuel Gea González	Hospital de la Comunidad Huatusco	Hospital General Córdoba	Hospital General Tuxpan	Unidad Platón Sánchez	Hospital de la Comunidad Cosamaloapan	Hospital General Álamo	Hospital General Tuxpan (Dr. Emilio Ramírez Kuri)	Hospital de la Comunidad Naranjos	Centro de Salud de Papantla	Hospital de la Comunidad Ixhuatlán del Sureste	Hospital General Panorámico del Café Bicentenario	Hospital de la Comunidad Agrícola Cafetalera Coatepec	Hospital Básico Comunitario Ixhuatlán del Sureste	Hospital de la Comunidad Martínez de la Torre	Hospital General Regional Río Blanco	Hospital de la Comunidad Dr. Miguel Alemán González (Cuerpo Mixto Perales)	Hospital de la Comunidad Dr. Cantón	Hospital de la Comunidad de Tierra Blanca	Hospital Básico Comunitario Playa Vicente 2	Hospital de la Comunidad Dr. Macuiltepetl	Centro Estatal de Cancerología Dra. Miguela Domínguez Mesa	Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio	Hospital Regional de Alta Especialidad de Xalapa Dr. Luis F. Nachón	Centro de Salud Dr. Rafael Arcos Herger	Hospital General Dr. Luis F. Nachón	Centro de Salud con Hospitalización Dr. Rafael Lucio de Nuevo Emperador	Hospital General Coscomatepec	Hospital General Dr. Rafael Lucio Cintora	Hospital de la Comunidad de Teziutlán	Centro de Salud Córdoba	Hospital Regional Río Blanco	Hospital de la Comunidad de Playa Vicente	Hospital de Salud Mental Dr. Rafael Lucio de Veracruz	Centro de Salud Orizaba	C.S. U.M.A. Boca del Río	Hospital de Alta Especialidad de Veracruz	Hospital General de Zona Nº 1 Dr. Emilio Ramírez Kuri
		1.131	ASO	PRUEBA	MÍNIMO			5	3	3	4	8	8	11	18	3	3	20	6	5		+	11	60	5	5	8	8	45	45	3	36		75	10	3	5	28	5	4	5	10	2		11	5	22	48
					MÁXIMO			23	16	14	33	16	18	27	50	2	8	40	15	22		11	28	28	27	27	28	22	28	60	16			16	14	5	27	25	11	15	20	15	2		35	20	57	56
					MÍNIMO			5	3	3	4	8	4	11	18	1	3	16	3	+		+	9	8	5	5	8	4	8	24	3			8	3	1	5	8	2	4	4	4	1		8	4	15	8
		1.132	VDRL	PRUEBA	MÁXIMO	10	50	125	32	54	81	50	180	43	201	160	173	130	43	54	130	54	130	28	43	43	50	110	90	200	61	27	100	100	100	92	43	80	81	30	54	13	97	128	149	108	379	87
					MÍNIMO	1	47	27	6	11	16	20	64	17	41	60	69	30	9	11	40	22	40	20	9	9	20	22	36	112	13	11	100	100	140	25	9	32	19	12	11	5	19	22	16	22	151	35
		1.133	ROSA DE BENGALA	PRUEBA	MÁXIMO			27	20	15		15	27	32	97	40	19	98	30	27	20		15	27	13	28	15	108	27	243	19	17	45	65	5	18	81	5	6	15	8			18	27	18	182	118
					MÍNIMO			5	6	3		6	11	13	19	16	8	39	8	5	8		6	11	3	8	4	22	15	97	3	11	26	26	1	3	16	2	1	8	1			4	11	4	81	49
		1.134	TIRAS PH	PRUEBA	MÁXIMO			10			5	25			65		5	22	5	34	5		20	56	35	28	25	20	8	58	5	862	198	54		8	28	11			15		8				54	162	21
					MÍNIMO			2			1	10			28		1	5	2	11	2		8	26	7	6	14	2	3	6	1	66	48	22		2	6	4			6		2				11	85	8
	PARASITOLOGÍA	1.135	AZUCARES REDUCTORES	PRUEBA	MÁXIMO			10			5	25	3	16		5	1	15	10	13	16		26	13	23	28	25	10	8	16	5	14	27	10		8	28	3			13		2	2			34	21
					MÍNIMO			2			1	10	2	10		2		6	2	3	4		8	3	5	6	16	2	2	6	1	22	11	10		4	6	2			6		1	1			22	8
		1.136	SANGRE OCULTA EN HECES	PRUEBA	MÁXIMO	3		11	39		33	25	12	40	10	5		13	11	27	10	3	18	27	48	6	22	14	8	16	6	58	27	38		9	48	5	18	15		3	2		27	84	21
					MÍNIMO	1		3	2		2	10	3	18	3	2		4	2	5	4	1	8	11	8	1	10	3	3	8	1	22	11	32		2	4	2	2	4		1	1		5	26	8
		1.137	VITAMINA D	PRUEBA	MÁXIMO																																									10	
					MÍNIMO																																									4	
		1.138	2 - MERCAPTOETANOL	PRUEBA	MÁXIMO																																									5	
					MÍNIMO																																									2	
		1.139	ANTICUERPOS HETEROFILOS (PAUL BUNNELL)	PRUEBA	MÁXIMO																																									3	
					MÍNIMO																																									1	
		1.140	ALDOLASA	PRUEBA	MÁXIMO																																									18	
					MÍNIMO																																									4	
		1.141	ALDOSTERONA	PRUEBA	MÁXIMO																																									19	
					MÍNIMO																																									4	
		1.142	ANFETAMINAS/METANFETAMINAS, ORINA	PRUEBA	MÁXIMO	10																																								18	
					MÍNIMO	5																																									4	
		1.143	ANTI EA-G	PRUEBA	MÁXIMO																																									2	
					MÍNIMO																																									1	
		1.144	ANTI IO-1	PRUEBA	MÁXIMO																																									2	
					MÍNIMO																																									1	
		1.145	ANTI NRNP/SM	PRUEBA	MÁXIMO																																									8	
					MÍNIMO																																									3	
		1.146	ANTI SCL-70	PRUEBA	MÁXIMO																																										
					MÍNIMO																																										
		1.147	ANTI SM	PRUEBA	MÁXIMO																																										
					MÍNIMO																																										
		1.148	ANTI SS-A	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.149	ANTI SS-B	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.150	ANTICOAGULANTE LUPICO	PRUEBA	MÁXIMO																3																										
					MÍNIMO																1																										
		1.151	ANTICUERPOS ANTI-HISTONA	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.152	ANTICUERPOS ANTI Chlamydia trachomatis IgM	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.153	ANTICUERPOS ANTI Chlamydia trachomatis IgG	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.154	ANTICUERPOS ANTI ENA	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.155	ANTICUERPOS ANTI HISTONA (TOTAL)	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.156	ANTICUERPOS ANTI HSA IgG	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.157	ANTICUERPOS ANTI HSCAS	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.158	ANTICUERPOS ANTI helicobacter pylori IgG	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.159	ANTICUERPOS ANTI helicobacter pylori IgM	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.160	ANTICUERPOS ANTI LA (SS-B)	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.161	ANTICUERPOS ANTI LEPTOSPIRA IGG	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.162	ANTICUERPOS ANTI LEPTOSPIRA IGM	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.163	ANTICUERPOS ANTI MEMBRANA BASAL GLOMERULAR	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										
		1.164	ANTICUERPOS ANTI MICROSOMALES	PRUEBA	MÁXIMO																																									
					MÍNIMO																																										

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
INSS-BIE
AÑO DEL EJERCICIO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ.

SESVER/DA/C-002/2026

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		U.M. DE SALUD HOSPITAL	CURACIÓN ESTRATEGIA DS	J.S.I					J.S.II					J.S.III					J.S.IV					J.S.V							J.S.VI				J.S.VII							
								HOSPITAL GENERAL REGIÓN DR. MANUEL S. AVILA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD INDÍGENA DE CERRO AZUL	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TOMATLÁN	HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA	UNEME PLATÓN SÁNCHEZ	HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR. ENRIQUE CERVANTES AGUILAR	HOSPITAL GENERAL ESCOLAR	HOSPITAL GENERAL REGIONAL ESMAHIL DR. CARLOS MACKINLEY	HOSPITAL DE LA TOMATLÁN Y MARAVILLAS	CENTRO DE SALUD DE ALAMO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ENTABANCO	HOSPITAL GENERAL MARGARITA DR. JOSÉ BARRA BOLONCHAR	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE HUAYACOCOTLA	HOSPITAL C. MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE POZA RICA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAPACOYA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TUXTEPEC Y ZAPOTAL	HOSPITAL GENERAL REGIONAL MARTÍNEZ DE LA TORRE	HOSPITAL GENERAL DE MISANTLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SANTA ANA (QUEMADO SOLO HORARIO)	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CUITLÁHUAC	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TOCOLOG	HOSPITAL C. MEDICINA FAMILIAR NO. 2	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NACAJUCA	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA DR. MIGUEL DOMÍNGUEZ MEZA	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAMÓN LUCIO	HOSPITAL REGIONAL ESPECIALIDADES DR. RAFAEL HERNÁNDEZ	CENTRO DE SALUD CASTAÑA MILLO	HOSPITAL GENERAL AUTOGOBIERNO A SUPERVISIÓN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE NUEVO SOCORRO DE SOTOMARINA BIMARITAL MÉX.	HOSPITAL GENERAL COMUNITARIO TIERRA BLANCA	HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD U-UMF VILLEGRAS	CENTRO DE SALUD CORDOBA	HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAQUILPA VIEJA MINATITLÁN	HOSPITAL DE SALUD MENTAL DIRECCIÓN DR. HÉCTOR M. QUEVEDO GRAJALES	CENTRO DE SALUD ORIZABA	C.S.U.S.A. BOQUERÓN AZTLÁN	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	HOSPITAL GENERAL DE TUXPAN Y TUXPAN II
		1.160	ANTICUERPOS ANTI MUSCULO LISO	PRUEBA	MÁXIMO																																						
					MÍNIMO																																								
		1.161	ANTICUERPOS ANTI KU (SS-A)	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.162	ANTICUERPOS ANTE DROGLORIBULINA	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.163	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA IGG	PRUEBA	MÁXIMO															5																									
					MÍNIMO															2																									
		1.164	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA IGM	PRUEBA	MÁXIMO															5																									
					MÍNIMO															1																									
		1.170	ANTICUERPOS ANTICESTOLEICO EN LCR	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.171	ANTICUERPOS ANTICISTICERCO EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.172	ANTICUERPOS ANTI-DNA NATIVO	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.173	ANTICUERPOS ANTIDESHIDRATADOS IGG	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.174	ANTICUERPOS ANTIDESHIDRATADOS IGM	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.175	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIA IgG	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.176	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIA IgM	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.177	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.178	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (C)	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.179	ANTICUERPOS FLUORESCENTES ANTI ESTRIOMIOSINA	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.180	ANTICUERPOS P ANCA/MPO (CITOPLASMA NEUTROFILOS)	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.181	ANTÍGENO AMARIL	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.182	ANTÍGENO DE Hbs/Ag	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.183	ANTÍGENO HLA B27	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.184	ANTÍGENO RNP	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.185	ANTÍGENO Sm	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.186	ANTITROMBINA III	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.187	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE ARROZ	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.188	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE AVENA	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.189	BENZODIAZEPINAS, ORINA	PRUEBA	MÁXIMO	10																																							
					MÍNIMO	1																																								
		1.190	BETA 2 MICROGLOBULINA EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.191	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CACAO	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.192	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CALABACITA	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.193	CALCITONINA	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.194	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CAMARON	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.195	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CARNE DE POLLO	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.196	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CARNE DE PUERCO	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.197	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CARNE DE RES	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.198	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CASEINA	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								
		1.199	ANTICUERPOS ANTI CENP-B	PRUEBA	MÁXIMO																																								
					MÍNIMO																																								

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL EJERCICIO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADR

SESVER/DA/C-002/2026

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		HOSPITAL [illegible]	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA DR. MIGUEL DORANTES MESA	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN	HOSPITAL REGIONAL DE POZA RICA	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ
		1,200	CICLOSPORINA	PRUEBA	MÁXIMO			8			
					MÍNIMO			8			
		1,201	CINÉTICA DE HIERRO	PRUEBA	MÁXIMO			8	6		3
					MÍNIMO			8	6		1
		1,202	CISTATINA C	PRUEBA	MÁXIMO			1			2
					MÍNIMO			1			1
		1,203	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE CLARA DE HUEVO	PRUEBA	MÁXIMO			1			
					MÍNIMO			1			
		1,204	COMPLEMENTO C3	PRUEBA	MÁXIMO			10		2	5
					MÍNIMO			10		2	2
		1,205	COMPLEMENTO C4	PRUEBA	MÁXIMO			10		1	5
					MÍNIMO			10		1	2
		1,206	COMPLEMENTO C5	PRUEBA	MÁXIMO					2	
					MÍNIMO					2	
		1,207	COMPLEMENTO CH50	PRUEBA	MÁXIMO					2	
					MÍNIMO					2	
		1,208	ANTICUERPOS AL	PRUEBA	MÁXIMO					1	
					MÍNIMO					1	
		1,209	ANTICUERPOS ACL	PRUEBA	MÁXIMO					1	
					MÍNIMO					1	
		1,210	BCR-ABL1	PRUEBA	MÁXIMO					1	
					MÍNIMO					1	
		1,211	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50%	PRUEBA	MÁXIMO			4			2
					MÍNIMO			4			1
		1,212	DEHIDROEPIANDROSTERONA-SULFATO	PRUEBA	MÁXIMO			3			5
					MÍNIMO			3			2
		1,213	OSUNA	PRUEBA	MÁXIMO			5			5
					MÍNIMO			5			2
		1,214	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE DURAZNO	PRUEBA	MÁXIMO			3			
					MÍNIMO			3			
		1,215	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	PRUEBA	MÁXIMO		4	2			2
					MÍNIMO		4	2			1
		1,216	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO		4	2			2
					MÍNIMO		4	2			1
		1,217	FACTOR IX	PRUEBA	MÁXIMO		4	5		5	16
					MÍNIMO		4	3		2	4
		1,218	FACTOR IX (%)	PRUEBA	MÁXIMO		4	3			10
					MÍNIMO		4	2			4
		1,219	FACTOR REUMATOIDE (SINGER-PLATZ)	PRUEBA	MÁXIMO			42			5
					MÍNIMO			42			2
		1,220	FACTOR RH VARIANTE	PRUEBA	MÁXIMO			4			
					MÍNIMO			4			
		1,221	FACTOR V	PRUEBA	MÁXIMO		4	3		1	3
					MÍNIMO		4	3		1	1
		1,222	FACTOR VON WILLEBRAND (XII)	PRUEBA	MÁXIMO		4	3		2	4
					MÍNIMO		4	3		2	2
		1,223	FENOBARBITAL	PRUEBA	MÁXIMO	10		5			6
					MÍNIMO	4		5			2
		1,224	FETOPROTEÍNA ALFA 1	PRUEBA	MÁXIMO			10			3
					MÍNIMO			10			1
		1,225	FETOPROTEÍNA ALFA 1 MoM	PRUEBA	MÁXIMO			10			3
					MÍNIMO			10			1
		1,226	FOSFATASA ÁCIDA	PRUEBA	MÁXIMO			5			5
					MÍNIMO			5			2
		1,227	FOSFATASA ALCALINA ÓSEA ESPECÍFICA	PRUEBA	MÁXIMO			4			5
					MÍNIMO			4			2
		1,228	HOMOCISTEÍNA EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO			4		1	5
					MÍNIMO			4		1	2
		1,229	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	PRUEBA	MÁXIMO			3		2	5
					MÍNIMO			3		2	2
		1,230	HORMONA DE CRECIMIENTO 120MIN	PRUEBA	MÁXIMO			3			3
					MÍNIMO			3			2
		1,231	HORMONA DE CRECIMIENTO 30MIN	PRUEBA	MÁXIMO			3			5
					MÍNIMO			3			2
		1,232	HORMONA DE CRECIMIENTO 60MIN	PRUEBA	MÁXIMO			3			5
					MÍNIMO			3			2
		1,233	HORMONA DE CRECIMIENTO 90MIN	PRUEBA	MÁXIMO			3			3
					MÍNIMO			3			2
		1,234	HORMONA DE CRECIMIENTO BASAL	PRUEBA	MÁXIMO			3		3	2
					MÍNIMO			3		1	1
		1,235	HORMONA PARATIROIDEA (PARATOHORMONA)	PRUEBA	MÁXIMO			3		3	20
					MÍNIMO			3		2	6
		1,236	IGG TOXOPLASMA AVIDEZ	PRUEBA	MÁXIMO			13			
					MÍNIMO			13			
		1,237	ANTICUERPO ESPECÍFICO JO 1	PRUEBA	MÁXIMO			1			
					MÍNIMO			1			
		1,238	LACTATO	PRUEBA	MÁXIMO			3			15
					MÍNIMO			3			6
		1,239	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE	PRUEBA	MÁXIMO			2			

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO 2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

SESVER/DA/C-002/2026

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD				J.S. I					J.S. II					J.S. III					J.S. IV					J.S. V										J.S. VI				J.S. VII						
						EX. DE SALUD MENTAL	CONSULTA EXTERNA [illegible]	HOSPITAL GENERAL PÁNUCO DR. MANUEL I. ÁVILA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE OZULUAMA DE MASCAREÑAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA	UNEME PLATÓN SÁNCHEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CERRO AZUL	HOSPITAL GENERAL ÁLAMO	HOSPITAL GENERAL TUXPAN DR. EMILIO ALCÁZAR	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NARANJOS	CENTRO DE SALUD DE ÁLAMO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE [illegible]	HOSPITAL GENERAL PAPANTLA DR. JOSÉ BUILL BELENGUER	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE HUAYACOCOTLA	HOSPITAL REGIONAL DE POZA RICA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LLANO EN MEDIO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAPACOYAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIÉRREZ ZAMORA	HOSPITAL GENERAL MARTÍNEZ DE LA TORRE	HOSPITAL GENERAL DE MISANTLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAUTLA [illegible] MORALES	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE COATEPEC	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEOCELO	HOSPITAL GENERAL PEROTE VERACRUZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA DR. MIGUEL DORANTES MESA	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN	CENTRO DE SALUD GASTÓN MELO	HOSPITAL GENERAL [illegible]	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE ALTO LUCERO DE GUTIÉRREZ BARRIOS, VER.	HOSPITAL GENERAL CÓRDOBA YANGA	HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. DARÍO MÉNDEZ LIMA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible]	CENTRO DE SALUD CÓRDOBA	HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE [illegible] VISTA HERMOSA	HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR. VÍCTOR M. CONCHA VÁZQUEZ	CENTRO DE SALUD ORIZABA	C.E.S.S.A. SOLEDAD ATZOMPA	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA VERACRUZ
			LECHE DE VACA		MÍNIMO																													2														
		1.240	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE LEVADURA (S. cerevisiae)	PRUEBA	MÁXIMO																													2														
					MÍNIMO																													2														
		1.241	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE LIMÓN, NARANJA, LIMA	PRUEBA	MÁXIMO																													2														
					MÍNIMO																													2														
		1.242	IDENTIFICACIÓN DE TOXINA DE C. difficile	PRUEBA	MÁXIMO																													19													9	
					MÍNIMO																													18													8	
		1.243	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE MAÍZ	PRUEBA	MÁXIMO																													1														
					MÍNIMO																													1														
		1.244	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE MANZANA	PRUEBA	MÁXIMO																													1														
					MÍNIMO																													1														
		1.245	METANEFRINAS EN ORINAS	PRUEBA	MÁXIMO																													2													3	
					MÍNIMO																													2													1	
		1.246	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE MEZCLA DE MARISCOS (OSTRAS, CANGREJO, ALMEJA)	PRUEBA	MÁXIMO																													2														
					MÍNIMO																													2														
		1.247	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE NUEZ DE BRASIL/CACAHUATE	PRUEBA	MÁXIMO																													2														
					MÍNIMO																													2														
		1.248	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE PIÑA	PRUEBA	MÁXIMO																													2														
					MÍNIMO																													2														
		1.249	PROTEÍNA C DE COAGULACIÓN (%)	PRUEBA	MÁXIMO																												4	3										3					3	
					MÍNIMO																												4	2										2					2	
		1.250	PROTEÍNA S DE COAGULACIÓN (%)	PRUEBA	MÁXIMO																												4	3										2					5	
					MÍNIMO																												4	3										2					2	
		1.251	PROTROMBINA	PRUEBA	MÁXIMO																													3													3	
					MÍNIMO																													3													2	
		1.252	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE QUESO DE VACA	PRUEBA	MÁXIMO																													3														
					MÍNIMO																													3														
		1.253	ANTICUERPO SCL-70	PRUEBA	MÁXIMO																													3														
					MÍNIMO																													3														
		1.254	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE SOYA	PRUEBA	MÁXIMO																													3														
					MÍNIMO																													3														
		1.255	ANTICUERPO ESPECÍFICO B2-GP I	PRUEBA	MÁXIMO																													3														
					MÍNIMO																													2														
		1.256	ANTICUERPO ESPECÍFICO SS-A (RO) (52 KDA, 60 KDA)	PRUEBA	MÁXIMO																													3														
					MÍNIMO																													3														
		1.257	ANTICUERPO ESPECÍFICO SS-B (LA)	PRUEBA	MÁXIMO																													3														
					MÍNIMO																													1														
		1.258	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE TRIGO	PRUEBA	MÁXIMO																													3														
					MÍNIMO																													3														
		1.259	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE YEMA DE HUEVO	PRUEBA	MÁXIMO																													3														
					MÍNIMO																													3														
		1.260	ANTICUERPOS ANTI TREPONEMA IgG	PRUEBA	MÁXIMO																													4													3	
					MÍNIMO																													4													2	
		1.261	ANTICUERPOS ANTI TREPONEMA IgM	PRUEBA	MÁXIMO																													4													5	
					MÍNIMO																													4													2	
		1.262	ANTICUERPOS ANTI DNA NATIVO	PRUEBA	MÁXIMO																													4	2												5	
					MÍNIMO																													4	1												2	
		1.263	CD34, 3, 4 Y 8 PARA MÉDULA ÓSEA	PRUEBA	MÁXIMO																																										5	
					MÍNIMO																																										2	
		1.264	ENOLASA	PRUEBA	MÁXIMO																												5	2													5	
					MÍNIMO																												5	2													2	
		1.265	CA 27/9	PRUEBA	MÁXIMO																												20														5	
					MÍNIMO																												20														2	
		1.266	ALFA GALACTOSIDASA	PRUEBA	MÁXIMO																													2													5	
					MÍNIMO																													2													2	
		1.267	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (AA)	PRUEBA	MÁXIMO																													6													5	
					MÍNIMO																													6													2	
		1.268	NIVELES SÉRICOS DE LITIO	PRUEBA	MÁXIMO	20																												1														
					MÍNIMO	5																												1														
		1.269	TRANSFERRINA	PRUEBA	MÁXIMO																												4	1														
					MÍNIMO																												4	1														
		1.270	ANTICUERPOS PARA MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS IgG	PRUEBA	MÁXIMO																												3	1														
					MÍNIMO																												2	1														
		1.271	ANTICUERPOS PARA MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS IgM	PRUEBA	MÁXIMO																												2	1														
					MÍNIMO																												3	1														
		1.272	ANTICUERPOS ANTI HERPES VIRUS 2 IGG	PRUEBA	MÁXIMO																													4													3	
					MÍNIMO																													4													1	
		1.273	ANTICUERPOS ANTI HERPES VIRUS 2 IGM	PRUEBA	MÁXIMO																													4													2	
					MÍNIMO																													4													1	
		1.274	ANTÍGENO HELICOBACTER PYLORI	PRUEBA	MÁXIMO																													4													3	
					MÍNIMO																													4													2	
		1.275	CARGA VIRAL HIV	PRUEBA	MÁXIMO																													1														
					MÍNIMO																													1														

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO 2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		I.V. DE SALUD MENTAL	CIUDADES ESPERANZA DE	JS I: HOSPITAL GENERAL PÁNUCO DR. MANUEL I. ÁVILA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible]	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA	UNIDAD PLATÓN SÁNCHEZ	JS II: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CERRO AZUL	HOSPITAL GENERAL ÁLAMO	HOSPITAL GENERAL TUXPAN DR. EMILIO ALCÁZAR	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD NARANJOS	CENTRO DE SALUD DE ÁLAMO	JS III: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ENTABLADERO	HOSPITAL GENERAL PAPANTLA DR. JOSÉ BUILL BELENGUER	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE COATZINTLA	HOSPITAL [illegible] POZA RICA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible]	JS IV: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAPACOYAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIÉRREZ ZAMORA	HOSPITAL GENERAL MARTÍNEZ DE LA TORRE	HOSPITAL GENERAL DE MISANTLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible]	JS V: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE COATEPEC	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible]	HOSPITAL GENERAL PEROTE VERACRUZ 2	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA DR. MIGUEL DORANTES MESA	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN	CENTRO DE SALUD GASTÓN MELO	HOSPITAL GENERAL ALTOTONGA EUFROSINA CAMACHO	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE ALTO LUCERO DE GUTIÉRREZ BARRIOS, VER.	JS VI: HOSPITAL GENERAL CÓRDOBA YANGA	HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. DARÍO MÉNDEZ LIMA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEZONAPA	CENTRO DE SALUD CÓRDOBA	JS VII: HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAQUILPA	HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR. VÍCTOR M. CONCHA VÁZQUEZ	CENTRO DE SALUD ORIZABA	C.E.S.S.A. SOLEDAD ATZOMPA	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA (VERACRUZ 3)
		1.276	CARGA VIRAL HCV	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.277	CARGA VIRAL HBS	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.278	CARGA VIRAL HERPES TIPO 1	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.279	CARGA VIRAL HERPES TIPO 2	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.280	INMUNOFENOTIPO HCV	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.281	INMUNOFENOTIPO HBS	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.282	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.283	WESTER BLOT VIH 1 Y 2	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.284	CARIOTIPO	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.285	INMUNOFENOTIPO BASICO	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.286	INMUNOFENOTIPO LGC	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.287	INMUNOFENOTIPO LAL	PRUEBA	MÁXIMO																											8	1															
					MÍNIMO																											8	1															
		1.288	CARGA VIRAL CMV	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.289	PCR Mycobacterium tuberculosis var hominis	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.290	CULTIVO PARA M. tuberculosis	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.291	FACTOR VIII DE COAGULACION	PRUEBA	MÁXIMO																												1									2						
					MÍNIMO																												1									2						
		1.292	FACTOR IX DE COAGULACIÓN	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.293	FACTOR DE W WILLEBRAND	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.294	TIROGLOBULINA	PRUEBA	MÁXIMO																											4	1															
					MÍNIMO																											3	1															
		1.295	BANDAS OLIGOCLONALES	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.296	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.297	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.298	INMUNOFIJACION EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.299	INMUNOFIJACION EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.300	TAMIZ NEONATAL AMPLIADO	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.301	TAMIZ NEONATAL X	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.302	TAMIZ NEONATAL MAX	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
		1.303	ELECTROLITOS URINARIOS (NA, K, CL)	PRUEBA	MÁXIMO																	20																				4						
					MÍNIMO																	8																				4						
		1.304	ÁCIDO URICO URINARIO	PRUEBA	MÁXIMO																																					1						
					MÍNIMO																																					1						
		1.305	UREA URINARIA	PRUEBA	MÁXIMO																																					1						
					MÍNIMO																																					1						
		1.306	INMUNOFENOTIPO LAL t(1;19), t(9;22), t(12;21), [illegible]	PRUEBA	MÁXIMO																											2	1									2						
					MÍNIMO																											3	1									2						
		1.307	INMUNOFENOTIPO LMA t(8;21), t(15;17), t(9;22), inv 16, Monosomía 7	PRUEBA	MÁXIMO																											2	1															
					MÍNIMO																											2	1															
		1.308	Ca 72-4	PRUEBA	MÁXIMO																											8	1															
					MÍNIMO																											4	1															
		1.309	ÁCIDO FOSFATÍDICO	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
					MÍNIMO																												1															
	PRUEBAS ESPECIALES	1.310	SAFRINA V	PRUEBA	MÁXIMO																												1															

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO 2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO
					MÍNIMO	1	
		1.311	ANTI EVB IgM	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.312	ANTICUERPOS ANTI EPSTEIN BARR	PRUEBA	MÁXIMO	1	1
					MÍNIMO	1	1
		1.313	ANTICUERPOS ANTICELULAS PARIETALES	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.314	BARBITURATOS ORINA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.315	CANNABINOIDES ORINA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.316	CITOMEGALOVIRUS AVIDEZ	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.317	CKMB ISOENZIMAS	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.318	COCAINA EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.319	GAMMAGLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.320	HEMOSIDERINA EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.321	HOMOCISTEINA EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.322	OPIACEOS EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.323	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.324	ADA (M. tuberculosis)	PRUEBA	MÁXIMO	1	4
					MÍNIMO	1	4
		1.325	HBc Ag	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.326	HBe Ag	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.327	HBc Ac	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.328	HBe Ac	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.329	NIVELES DE ALCOHOL EN SANGRE	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.330	TOXINA AB DE Clostridium difficile	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.331	GALACTOMANANO	PRUEBA	MÁXIMO	1	1
					MÍNIMO	1	1
		1.332	ANTICUERPOS IgG IgM SARS CoV 2	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.333	17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.334	SOMATOMEDINA C	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.335	ANTICUERPOS ANTI INSULINA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.336	ANTICUERPOS ANTI ISLOTE DE LANGERHANS	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.337	PEPTIDO C (INSULINA)	PRUEBA	MÁXIMO	1	1
					MÍNIMO	1	1
		1.338	SIROLIMUS	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.339	PEPTIDO C CITRULINADO	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.340	DIGOXINA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.341	DIGITOXINA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.342	BETA 2 GLICOPROTEINA	PRUEBA	MÁXIMO	1	2
					MÍNIMO	1	2
		1.343	FACTOR V DE LEYDEN PROCOAGULABLE	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.344	MUTACION FACTOR V DE LEYDEN	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.345	ANTICUERPOS ANTIHISTONA	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.346	ANTICUERPOS ANTI LKM	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.347	ANTICUERPOS ANTI Histoplasma capsulatum	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.348	INHIBIDORES DE FACTOR VIII	PRUEBA	MÁXIMO	1	
					MÍNIMO	1	
		1.349	ANTICUERPOS ANTI	PRUEBA	MÁXIMO	1	

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IHSS-BC
AÑO DEL RECURSO 2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

SESVER/DA/C-002/2026

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		CE. DE SALUD MENTAL	CIRUGÍA EXTRAMUROS	JS I: HOSPITAL GENERAL PÁNUCO DR. MANUEL I. ÁVILA	JS I: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ...	JS I: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	JS I: HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA	JS I: UNIDAD PLATÓN SÁNCHEZ	JS II: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ...	JS II: HOSPITAL GENERAL ÁLAMO	JS II: HOSPITAL GENERAL TUXPAN DR. EMILIO ALCÁZAR	JS II: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NARANJOS	JS II: CENTRO DE SALUD DE ÁLAMO	JS III: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ...	JS III: HOSPITAL GENERAL PAPANTLA DR. JOSÉ BUILL BELENGUER	JS III: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ...	JS III: HOSPITAL REGIONAL POZA RICA	JS III: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD LLANO DE EN MEDIO	JS IV: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAPACOYAN	JS IV: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIÉRREZ ZAMORA	JS IV: HOSPITAL GENERAL MARTÍNEZ DE LA TORRE	JS IV: HOSPITAL GENERAL DE MISANTLA	JS IV: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ... RUIZ MORALES	JS V: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE COATEPEC	JS V: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE PEROTE	JS V: HOSPITAL GENERAL ...	JS V: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO	JS V: CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA DR. MIGUEL DORANTES MESA	JS V: CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	JS V: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN	JS V: CENTRO DE SALUD GASTÓN MELO	JS V: HOSPITAL GENERAL ALTOTONGA ... CAMACHO	JS V: CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN ...	JS VI: HOSPITAL GENERAL CÓRDOBA YANGA	JS VI: HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. DARÍO MÉNDEZ LIMA	JS VI: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEZONAPA	JS VI: CENTRO DE SALUD CÓRDOBA	JS VII: HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO	JS VII: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAQUILPA VISTA HERMOSA	JS VII: HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR. VÍCTOR M. CONCHA VÁSQUEZ	JS VII: CENTRO DE SALUD ORIZABA	JS VII: C.A.S.S.A. SOLEDAD ATZOMPA	JS VIII: HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	JS VIII: HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA (VERACRUZ 2)
	CENTROMERO		MÍNIMO																												1															
1.350	ANTICUERPOS ANTI VARICELA ZOSTER	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
			MÍNIMO																												1															
1.351	INVESTIGACION DE METALES EN SANGRE	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
			MÍNIMO																												1															
1.352	INVESTIGACION DE ENTEROVIRUS EN LCR	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
			MÍNIMO																												1															
1.353	ANTICUERPOS ANTI LEISHMANIA	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
			MÍNIMO																												1															
1.354	CADENAS KAPPA Y LAMBDA EN SANGRE	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
			MÍNIMO																												1															
1.355	CADENAS KAPPA Y LAMBDA EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
			MÍNIMO																												1															
1.356	ANTIDOPING EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
			MÍNIMO																												1															
1.357	ABSORC. D-XILOSA (ORINA 2)	PRUEBA	MÁXIMO																												6															
			MÍNIMO																												1															
1.358	AC ADRENALES	PRUEBA	MÁXIMO																												6															
			MÍNIMO																												1															
1.359	AC ANTI AMIBA	PRUEBA	MÁXIMO																												8															
			MÍNIMO																												1															
1.360	AC ANTI BETA 2GP-1 (IGG, IGA, IGM)	PRUEBA	MÁXIMO																												8									3						
			MÍNIMO																												6									2						
1.361	AC ANTI GLIADINA (M)	PRUEBA	MÁXIMO																												6															
			MÍNIMO																												1															
1.362	AC ANTI HISTONAS (MI-V)	PRUEBA	MÁXIMO																												3															
			MÍNIMO																												3															
1.363	AC ANTI HLA (PRA) (L-I)	PRUEBA	MÁXIMO																												2															
			MÍNIMO																												2															
1.364	AC ANTI INSULINA (M)	PRUEBA	MÁXIMO																												2															
			MÍNIMO																												2															
1.365	AC ANTI ISLOTES DE LANGERHANS (M)	PRUEBA	MÁXIMO																												4															
			MÍNIMO																												4															
1.366	AC ANTI LEISHMANIA DONOVANI IGG E IGM	PRUEBA	MÁXIMO																												3															
			MÍNIMO																												3															
1.367	AC ANTI LISTERIA IgE (11)	PRUEBA	MÁXIMO																												1															
			MÍNIMO																												3															
1.368	AC ANTI MUSCULO LISO	PRUEBA	MÁXIMO																												3															
			MÍNIMO																												3															
1.369	AC ANTI RECEPTOR TSH (8)	PRUEBA	MÁXIMO																												4															
			MÍNIMO																												4															
1.370	AC ANTI VARICELA ZOSTER (L)	PRUEBA	MÁXIMO																												6															
			MÍNIMO																												4															
1.371	AC ANTIGENO HEPATICO SOLUBLE	PRUEBA	MÁXIMO																												3															
			MÍNIMO																												3															
1.372	AC CENTROMERO (CENP-B) (MI-V)	PRUEBA	MÁXIMO																												5															
			MÍNIMO																												5															
1.373	AC CITOSOL HEPATICO**	PRUEBA	MÁXIMO																												2															
			MÍNIMO																												2															
1.374	AC CONTRA AG ASOCIADOS A MIOSITIS	PRUEBA	MÁXIMO																												3															
			MÍNIMO																												3															
1.375	AC E VIRUS B DE HEPATITIS (M-V)	PRUEBA	MÁXIMO																												2															
			MÍNIMO																												2															
1.376	AC HISTOPLASMA CAPSULATUM IGM**	PRUEBA	MÁXIMO																												5															
			MÍNIMO																												5															
1.377	AC LKM (V)	PRUEBA	MÁXIMO																												3															
			MÍNIMO																												3															
1.378	AC Parvovirus B-19 (V)	PRUEBA	MÁXIMO																												3									2						
			MÍNIMO																												3									1						
1.379	AC PEPTIDO C CITRULINADO (M-S)	PRUEBA	MÁXIMO																												5															
			MÍNIMO																												5															
1.380	AC PROTEINA P-RIBOSOMAL	PRUEBA	MÁXIMO																												2															
			MÍNIMO																												2															
1.381	AC REC. ACETILCOLINA (L-2)	PRUEBA	MÁXIMO																												2															
			MÍNIMO																												2															
1.382	AC s VIRUS B DE HEPATITIS (M-V)	PRUEBA	MÁXIMO																												3															
			MÍNIMO																												2															
1.383	AC VIRUS D DE HEPATITIS*	PRUEBA	MÁXIMO																												4															
			MÍNIMO																												4															
1.384	ACIDO VANILLILMANDELICO (O)	PRUEBA	MÁXIMO																												2									3						
			MÍNIMO																												2									1						
1.385	ACTIVIDAD TRIPTICA	PRUEBA	MÁXIMO																												3															

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO 2026

SESVER/DJ/066/2026
ADR

SESVER/DA/C-002/2026

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MINIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		LV. DE SALUD-HOSPITAL	CONCENTRADOR DE	LS I					LS II				LS III				LS IV					LS V											LS VI				LS VII						
								HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE COLIPA DE NANCE, S. ARILA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMOAC	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE COATZACOALCOS	UNIDAD MÉDICA DE ESPECIALIDADES	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1	HOSPITAL GENERAL "DR. RAFAEL LUCIO"	HOSPITAL GENERAL "DR. LUIS F. NACHÓN"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE MINATITLÁN	CENTRO DE SALUD DE ALAMO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ENRIQUE ESTRADA	HOSPITAL GENERAL "DR. JOSÉ RAFAEL PALOMINO"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SAN RAFAEL COYA	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1	HOSPITAL GENERAL "DR. LUIS DE LA FUENTE"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAPACOYAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIÉRREZ ZAMORA	HOSPITAL GENERAL MATERNO DE LA TORRE	HOSPITAL GENERAL DE PEROTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAUTLA DEL GOBIERNO DEL ESTADO 2022 MOVILES	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE COATEPEC	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEOCELO	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE HUATUSCO	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA DR. MIGUEL DOMINGUEZ MESA	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN GESTIÓN ALTO	HOSPITAL GENERAL ALTOTONGA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE ALTO LUCERO DE GUTIÉRREZ BARRIOS, VER.	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL MANDUJANO"	HOSPITAL GENERAL "DR. RAFAEL LUCIO"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE HUAYACOCOTLA	CENTRO DE SALUD CORDOBA	HOSPITAL REGIONAL RIO BLANCO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TUXPAN VISTA HERMOSA	HOSPITAL DE SALUD MENTAL DRA. ADELFA MICHEL CONCHA	CENTRO DE SALUD ORIZABA	C.E.A.R.P. SOLEDAD ATZOMPA	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTACZOQUITLÁN	HOSPITAL GENERAL DE TANTOYUCA
					MÍNIMO																																									
					MÁXIMO																																										
		1.386	ADENOSIN DEAMINASA EN LIQUIDO DE ASCITIS	PRUEBA	MÍNIMO																																									
					MÁXIMO																																									
		1.387	ADENOSIN DEAMINASA EN LIQUIDO PLEURAL	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.388	AG CYFRA-21 (M-3)	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.389	AG HLA-B27	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.390	AG s VIRUS B DE HEPATITIS	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.391	ALDOLASA	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.392	ALOANTICUERPOS PRE-TRASPLANTE	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.393	ALOANTICUERPOS PRE-TRASPLANTE	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.394	ALOANTICUERPOS PRE-TRASPLANTE (DONANTE ESPECIFICO)	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.395	ANOASTOMOSOPINA	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.396	ANTI ACUAPORINA 4	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.397	ANTIGENO HISTOPLASMA CAPSULATUM **	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.398	ANTITRIPSINA ALFA 1	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.399	APOLIPOPROTEINAS A1 Y B	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.400	CAD. KAPPA Y LAMBDA LIBRES EN SUERO	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.401	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS EN ORINA	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.402	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS EN PLASMA	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.403	CERULOPLASMINA	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.404	CICLOSPORINA EN SANGRE TOTAL	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.405	CISTATINA C (M-1)	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.406	CITRATO EN ORINA	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.407	CUANTIF. DE MUCOPOLISACARIDOS	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.408	DEOXIORINA EN SUERO	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.409	V2 (FACTOR 5) MUTACIONAL C-1691-A (OPCIONAL)	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.410	FAGOCITOSIS OXIDATIVA EN NEUTROFILOS	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.411	FUSION BCR/ABL1 (P190 Y P210, CROMOSOMA FILADELFIA, CD 22/QTD 1)	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.412	GANGLIOSIDOS ANTIGLIOSIDOS TIPO IGG IGA	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.413	GLIADITAS IGA**	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.414	HLA-A Ior ALTA RESOLUCION	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.415	HLA-A, B Y DRB1 DE BAJA RESOLUCION	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.416	HLA-B DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.417	HLA-DR DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.418	HLA-DQB1 DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.419	HLA-DQB1 DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									
		1.420	HORMONA ANTI	PRUEBA	MÍNIMO																																								
					MÁXIMO																																									

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL EJERCICIO
2026

SESVER/DJ/066/2026

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

FRACCIÓN	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		CH. DE SALUD HOSPITAL	CENTRO ESPECIALIDAD	I 01					I 02					I 03			I 04				I 05																		I 06		I 07				
			MULTIGRAMA**		MÁXIMO																																														
					MÍNIMO																																														
		1.421	ÍNDICE SHT-LWSF	PRUEBA	MÁXIMO																																												
					MÍNIMO																																														
		1.422	INHIBIDOR DE ESTEARASA DE C1 (V)	PRUEBA	MÁXIMO																																												
					MÍNIMO																																														
		1.423	INHIBIDOR DEL FACTOR VIII	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.424	INMUNOFIJACIÓN (ORINA)	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.425	INMUNOFIJACIÓN (SUERO) (2)	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.426	INMUNOELECTROFORESIS (2)	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.427	INVESTIGACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN HECES	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.428	IRA2, MUTACIÓN C.1309G>T (P.VAL437PHE, V437F) EN SANGRE	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.429	METANEFRINAS EN ORINA (L)	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.430	METOTREXATO**	PRUEBA	MÁXIMO																																												
					MÍNIMO																																														
		1.431	REPTILASA**	PRUEBA	MÁXIMO																																												
					MÍNIMO																																														
		1.432	RENINA**	PRUEBA	MÁXIMO																																												
					MÍNIMO																																														
		1.433	SANGUINE EN SANGRE TOTAL (L-M)	PRUEBA	MÁXIMO																																												
					MÍNIMO																																														
		1.434	SOMATOMEDINA C (L- M)	PRUEBA	MÁXIMO																																												
					MÍNIMO																																														
		1.435	SUBCLASES DE IGA	PRUEBA	MÁXIMO																																												
					MÍNIMO																																														
		1.436	SUBCLASES DE IgG (3)	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.437	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.438	SUSCEPTIBILIDAD CELIACA	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.439	TRANSGLUTAMINASA TEJ. IgG E IgA (M)	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.440	VITAMINA D	PRUEBA	MÁXIMO																																												
					MÍNIMO																																														
		1.441	VPH UROTERAL, DETECCIÓN Y TIPIFICACIÓN	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.442	17 ALFA HIDROXIPROG.	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.443	ENFERMEDAD MENORA RESIDUAL EN MÉDULA ÓSEA	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.444	VITAMINA D3	PRUEBA	MÁXIMO																																												
					MÍNIMO																																														
		1.445	INMUNOHISTOQUÍMICA	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.446	HISTOPATOLÓGICO	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.447	TIPIFICACIONES T (9, 22)	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.448	CROMOSOMA FILADELFIA	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.449	AC IGG ADAMTS 13	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.450	ACTIVIDAD ADAMTS 13 (3)	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.451	ANTI-TIROSINA FOSFATASA (ICA 512)	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.452	ANTICUERPOS ANTI GAD	PRUEBA	MÁXIMO																																													
					MÍNIMO																																														
		1.453	[illegible]	PRUEBA	MÁXIMO																																													

SESVER/DA/C-002/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN Y REGISTRO CONTABLE
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
LAES-BCC
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		U.H. DE SALUD MENTAL	CIRUGÍA EXTRAMUROS	J.S. I HOSPITAL GENERAL PÁNUCO DR. MANUEL I. ÁVILA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE OZULUAMA DE MASCAREÑAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA	UNEME PLATÓN SÁNCHEZ	J.S. II HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CERRO AZUL	HOSPITAL GENERAL ÁLAMO	HOSPITAL GENERAL TUXPAN DR. EMILIO ALCÁZAR	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NARANJOS	CENTRO DE SALUD DE ÁLAMO	J.S. III HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ENTABLADERO	HOSPITAL GENERAL PAPANTLA DR. JOSÉ BUILL BELENGUER	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible]	HOSPITAL REGIONAL DE POZA RICA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LLANO EN MEDIO	J.S. IV HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAPACOYAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIÉRREZ ZAMORA	HOSPITAL GENERAL MARTÍNEZ DE LA TORRE	HOSPITAL GENERAL DE MISANTLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible] DR. GONZALO DÍAZ MORALES	J.S. V HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE COATEPEC	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEOCELO	HOSPITAL GENERAL PEROTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA DR. MIGUEL DORANTES MESA	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN	CENTRO DE SALUD GASTÓN MELO	HOSPITAL GENERAL ALTOTONGA A EUFROSINA CAMACHO	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN [illegible]	J.S. VI HOSPITAL GENERAL CÓRDOBA YANGA	HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. DARÍO MÉNDEZ LIMA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEZONAPA	CENTRO DE SALUD CÓRDOBA	J.S. VII HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible]	HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR. VÍCTOR M. CONCHA VÁZQUEZ	CENTRO DE SALUD ORIZABA	C.E.S.S.A. SOLEDAD ATZOMPA	J.S. VIII HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA VERACRUZ 3
					MÍNIMO																																										1	
		1.454	MICOFENOLATO	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.455	ANTI NMDA	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.456	COBRE EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.457	COBRE EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.458	ANGIOTENSINA	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.459	25 HIDROXIVITAMINA D	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.460	17 OH PROGESTERONA	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.461	LACTOFERRINA	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.462	CALPROTECTINA FECAL CUANTITATIVA	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.463	ÁCIDOS BILIARES	PRUEBA	MÁXIMO																											1															
					MÍNIMO																											1															
		1.464	TAMIZ METABÓLICO AMPLIADO	PRUEBA	MÁXIMO																																				2						
					MÍNIMO																																				1						
		1.465	QUANTIFERON TB	PRUEBA	MÁXIMO																																											
					MÍNIMO																																											
		1.466	6 FOSFATO DESHIDROGENASA	PRUEBA	MÁXIMO																																											
					MÍNIMO																																											
		1.467	FACTOR XI	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.468	FACTOR XII	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.469	FLT3-ITD	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.470	PORFIRIAS	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.471	ZINC EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.472	ANTÍGENO P24	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.473	ANTI GAD 65	PRUEBA	MÁXIMO																																										2	
					MÍNIMO																																										1	
		1.474	ANTICUERPOS ANTI-MOG EN LCR	PRUEBA	MÁXIMO																											1															
					MÍNIMO																											1															
		1.475	ERITROPOYETINA	PRUEBA	MÁXIMO																											1															
					MÍNIMO																											1															
		1.476	PRUEBA RÁPIDA DUAL DE DIAGNÓSTICO IN VITRO PARA LA DETECCIÓN CUALITATIVA DEL ANTÍGENO (AG) DEL SARS-COV-2 E INFLUENZA A Y B PARA REALIZACIÓN MEDIANTE PRUEBA UNITARIA.	PRUEBA	MÁXIMO																											20															
					MÍNIMO																											20															
		1.477	CHLAMYDIA TRACHOMATIS (PRUEBA RÁPIDA)	PRUEBA	MÁXIMO																											20															
					MÍNIMO																											20															
		1.478	PRUEBA RÁPIDA DE DIAGNÓSTICO IN VITRO PARA LA DETECCIÓN CUALITATIVA DE ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG/IGM Y ANTÍGENO NS1 PARA REALIZACIÓN MEDIANTE PRUEBA UNITARIA.	PRUEBA	MÁXIMO																											20															
					MÍNIMO																											20															
		1.479	cyCD3 V450, CD45 V500c, cyMPO FITC, cyCD79a PE, CD34 PERCPCY5.5, CD19 PE-CY7, CD7APC, smCD3 APC H7	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.480	CD22 APC	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.481	CD19 PE-Cy7	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.482	CD117 APC	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.483	TdT FITC	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.484	CD34 PerCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.485	CD15 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.486	CD33 PE	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.487	CD13 PE	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.488	sm IgM APC	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.489	cyIgM FITC	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.490	CD81 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.491	LAMBDA APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.492	CD9 V450	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.493	CD21 V450	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.494	CD123 APC	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.495	NG2 PE	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.496	sm Igkappa V450	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.497	CD24 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.498	CD45 V500c	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																
		1.499	CD4 PE-CY7	PRUEBA	MÁXIMO																										5																
					MÍNIMO																										5																

SESVER/DJ/0664/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IHSS-BIE
AÑO DEL RECURSO 2026

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	CLAVE PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		JURISDICCIÓN SANITARIA	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. GUILLERMO A. DE HARO Y SAS"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. LUIS F. DE TEPATLAXCO"	HOSPITAL GENERAL "DR. LUIS DE LA CALLE PÉREZ"	UNIDAD MÓVIL CATEMACO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. ALFONSO GARCÍA ROA"	HOSPITAL GENERAL "DR. ALEJANDRO ALDAMA"	HOSPITAL GENERAL "DOCTOR EMILIO ALCOCER"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. MARIANO"	CENTRO DE SALUD DE PLAYA	HOSPITAL GENERAL "DR. JOSÉ EDUARDO DE MESA VELASCO"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. GUILLERMO COSS"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. JUAN DE LA LUZ ENRÍQUEZ"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. ALEJANDRO OTAMENDI"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. ALFONSO GONZÁLEZ"	HOSPITAL GENERAL "DR. ALEJANDRO OTAMENDI"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. GUILLERMO DE LA PEÑA"	HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL ALEMÁN VALDÉS"	HOSPITAL GENERAL "DR. RAFAEL LUCIO"	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. LUIS F. NACHÓN"	CENTRO DE SALUD "DR. GASTÓN MELO"	HOSPITAL GENERAL "ALFREDO A. BONFIL CASTELLANOS"	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN "DR. MIGUEL DOMÍNGUEZ HERRERA"	HOSPITAL GENERAL "DR. DANIEL MEDRANO FLORES"	HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. GUILLERMO DE LA PEÑA"	CENTRO DE SALUD "DR. GASTÓN MELO"	HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD "DR. VÍCTOR MANUEL ORDUÑA"	HOSPITAL DE SALUD MATERNO INFANTIL "DR. VÍCTOR MANUEL ORDUÑA"	CENTRO DE SALUD "DR. GASTÓN MELO"	C.E.S.S.A.R. "DR. EDUARDO ARCINIEGA"	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD "DR. RAFAEL LUCIO"	HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA "DR. MARIANO FERNÁNDEZ"
		1.500	CD11 PE	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.501	CD5 PerCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.502	CD16 PE-Cy7	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.503	CD4 PerCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.504	CD3 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.505	CD19 PE	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.506	CD34 APC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.507	CyCD3 V450	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.508	SMCD3 APC H7	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.509	CD7 APC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.510	HLA DR V450, CD45 V500-C, CD38 FITC, CD13 PE, CD34 PERCP CY5.5, CD117 PE-Cy7, CD133 APC, CD10 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.511	HLA DR V450, CD45 V500-C, CD33 FITC, CD64 PE, CD34 PERCP CY5.5, CD117 PE-Cy7, CKLH-1 APC, CD14 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.512	HLA DR V450, CD45 V500-C, CD36 FITC, CD65 PE, CD34 PERCP CY5.5, CD117 PE-Cy7, CD33 APC, CD71 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.513		PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.514	CD10 APC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.515	CD45 PE	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.516	CD20 V450	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
	CITOMETRIA DE FLUJO	1.517	CD38 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.518	CD123 APC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.519	CD13 PE	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.520	CD81 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.521	CD304 PE	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.522	CD45RA PE-Cy7	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.523	CD2 PE	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.524	CD34 PE-Cy7	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.525	CD 56 PE-Cy7	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.526	CD 33 PERCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.527	IGM FITC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.528	IGM PE	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.529	CD 44 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.530	CyIGM APC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.531	CD13 PE	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.532	HLA-DR PERCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.533	H-A-DR V450	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.534	CD56	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.535	DNA/FLOW LST	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.536	BCP ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA PROJ	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.537	CD45RA FITC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.538	PCD7 657 V50	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.539	PCD 657 KJ0	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.540	CD138 BV 421	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.541	CD27 BV510	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.542	CD38 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.543	CD14 PE	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.544	CD45 perCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.545	IGA APC	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.546	IGL APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.547	CD103 FITC (DOVC 5 KJ0)	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.548	CD38 PE (NEW-38) KJ0	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.549	CD79B PERCP-CY5.5 S168 KJ0	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				
		1.550	CD19 PE-CY7 SJ25C1	PRUEBA	MÁXIMO																																		
					MÍNIMO																																				

30 JUN 2026
SESVER/DJ/066/2026

SESVER/DA/C-002/2026

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

								J.S. I					J.S. II					J.S. III					J.S. IV					J.S. V										J.S. VI				J.S. VII					J.S. VIII	
PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		C.E. DE SALUD MENTAL	[illegible]	HOSPITAL GENERAL PÁNUCO DR. MANUEL I. ÁVILA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD OZULUAMA DE MASCAREÑAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA	UNEME PLATÓN SÁNCHEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CERRO AZUL	HOSPITAL GENERAL ÁLAMO	HOSPITAL GENERAL TUXPAN DR. EMILIO ALCÁZAR	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD NARANJOS	CENTRO DE SALUD DE ÁLAMO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ENTABLADERO	HOSPITAL GENERAL PAPANTLA DR. JOSÉ BUILL BELENGUER	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE [illegible] COYUTLA	HOSPITAL REGIONAL DE POZA RICA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE [illegible]	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAPACOYAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIÉRREZ ZAMORA	HOSPITAL GENERAL MARTÍNEZ DE LA TORRE	HOSPITAL GENERAL DE MISANTLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE [illegible] DR. GERARDO DÍAZ MORALES	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE COATEPEC	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEOCELO	HOSPITAL GENERAL PEROTE [illegible]	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA DR. MIGUEL DORANTES MESA	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN	CENTRO DE SALUD GASTÓN MELO	HOSPITAL GENERAL ALTOTONGA EUFROSINA CAMACHO	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE ALTO LUCERO DE GUTIÉRREZ BARRIOS	HOSPITAL GENERAL CÓRDOBA YANGA	HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. DARÍO MÉNDEZ LIMA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEZONAPA	CENTRO DE SALUD [illegible]	HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE [illegible]	HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR. VÍCTOR M. CONCHA VÁZQUEZ	CENTRO DE SALUD ORIZABA	C.E.S.S.A. SOLEDAD ATZOMPA	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA (VERACRUZ)
		1.551	CD200 APC (MRC OX-104) RUO	PRUEBA	MÁXIMO																											2																
					MÍNIMO																											1																
		1.552	CD43 APC H7 (1G10) RUO	PRUEBA	MÁXIMO																											2																
					MÍNIMO																											1																
		1.553	CD11 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																											2																
					MÍNIMO																											1																
		1.554	CD305 PE	PRUEBA	MÁXIMO																											2																
					MÍNIMO																											1																
		1.555	HU IGM APC G20-127	PRUEBA	MÁXIMO																											2																
					MÍNIMO																											1																
		1.556	FC BEADS BV421	PRUEBA	MÁXIMO																											2																
					MÍNIMO																											1																
		1.557	FC BEADS BV510	PRUEBA	MÁXIMO																											2																
					MÍNIMO																											1																
		1.558	PHARM LYSE	PRUEBA	MÁXIMO																											2																
					MÍNIMO																											1																
		1.559	***ANTICUERPOS (PARA)	PRUEBA	MÁXIMO																												10															
					MÍNIMO																												10															
		1.560	***ANTICUERPOS DONADOR ESPECÍFICO	PRUEBA	MÁXIMO																												10															
					MÍNIMO																												10															
		1.561	***COMPATIBILIDAD TRANSPLANTES	PRUEBA	MÁXIMO																												2															
					MÍNIMO																												1															

***Estos reactivos deben de ser compatibles con el equipo FlowDSA-XM, propiedad del hospital (sin entrega de equipo)

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIC
AÑO DEL RECURSO 2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

ANEXO 2
MAXIMOS Y MINIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	AREA TECNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNICENO		1.5 HG					1.5 HE						2.5 H			3.5 HE																TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MAXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MINIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RÍO	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	HOSPITAL GENERAL TUXTEPEC AN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DE ACUMAZO	C.S.S.S.A SOLEDAD DE DOBLADO	HOSPITAL GENERAL ZEFFA DR. VICTOR MANUEL MENDOZA GONZALEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DE JOSE AGUSTA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O JUAN VILLORA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O TLACOTALP AN	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA DOLOS CHACA CORDOBA	HOSPITAL GENERAL ATLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRES TUXTLA DR. BENANCIO PIÑA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O SUPERVISAN N DEL SUR CARMEN MUJERES DE AZTRE MENO	HOSPITAL GENERAL DE VILLA ACAYUCAN	HOSPITAL GENERAL COATZACOALCOS	HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES DR. VALENTIN GOMEZ FARIAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DR. MIGUEL CONSTANTINO MEDEZ	HOSPITAL COMUNITARIO DE CORRALILLO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DE LAGUNA ATEZCAPAN A	HOSPITAL COMUNITARIO DE ORIZATLAN DEL TURISTICO	HOSPITAL COMUNITARIO DE MINATITLAN	C.S.S.S.A TATAHUICAPAN	CUARTO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE ALCAHUAL VOS	CENTRO DE SALUD AGUA DULCE	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	CENTRO DE SALUD DE CUATLAPO ALCOZ						
	HEMATOLOGIA	1.1	BIOMETRIA HEMATICA	PRUEBA	MAXIMO	1,200	1,000	1,000	1,000	1,000	2,000	1,000	1,000	1,000	3,000	2,000	2,000	1,000	2,000	2,500	2,000	6,000	1,500	1,500	1,500	1,200	2,000	1,000	1,500	1,000	925	116.141		$ 40.00	$ 5,374,100.00		
					MINIMO	400	200	200	200	200	400	200	200	200	600	400	400	200	400	500	400	1,200	300	300	300	240	400	200	300	200	185	4,375	35.461	$ 40.00	$ 215,000.00	$ 1,711,728.00	
		1.2	RETICULOCITOS	PRUEBA	MAXIMO																											1,950		$ 17.00	$ 84,000.00		
					MINIMO																																		
	QUIMICA CLINICA RUTINA	1.3	GLUCOSA	PRUEBA	MAXIMO	1,000	2,000	2,000	500	1,000	2,000	1,000	1,000	1,000	2,100	2,000	900	2,000	1,500	1,200	2,500	2,000	5,000	4,000	700	1,500	100	2,000	1,500	1,500	1,100	101,827		$ 17.00	$ 1,727,639.00		
					MINIMO	600	400	400	100	200	400	200	200	200	600	400	360	400	300	240	500	400	1,000	800	200	300	20	400	300	300	220	29,827				$ 507,059.00	
		1.4	UREA	PRUEBA	MAXIMO	875	429	300	140	145	800	300	200	200	600	400	360	300	300	400	1,000	800	2,000	1,600	400	300	100	800	600	600	470	42,803		$ 17.00	$ 727,651.00		
					MINIMO	350	86	60	28	29	160	72	40	40	120	80	72	60	60	80	200	160	400	320	80	60	20	160	120	120	94	13,327				$ 226,559.00	
		1.5	CREATININA	PRUEBA	MAXIMO	875	643	300	140	148	900	300	200	243	700	600	585	540	700	255	500	452	1,000	1,000	156	450	800	400	864	300	500	220	570	370	43,228		$ 17.00	$ 734,876.00		
					MINIMO	350	86	60	28	30	160	72	40	40	140	120	234	108	140	51	100	90	200	200	31	90	60	160	120	100	74		13,483		$ 17.00	$ 229,211.00		
		1.6	ACIDO URICO	PRUEBA	MAXIMO	437	322	200	140	148	800	200	200	207	665	560	351	351	351	255	500	225	1,000	800	156	450	280	200	288	300	400	220	300	300	25,079		$ 17.00	$ 425,343.00		
					MINIMO	175	86	60	28	30	160	58	40	40	140	112	234	108	140	51	100	45	200	160	31	90	60	160	120	100	74		9,713		$ 17.00	$ 165,173.00		
		1.7	COLESTEROL	PRUEBA	MAXIMO	349	215	400	140	155	800	300	200	248	525	700	468	216	437	305	650	225	1,200	1,000	156	450	444	300	444	300	400	400	300	300	31,969		$ 17.00	$ 543,473.00		
					MINIMO	140	31	80	28	31	160	72	40	50	105	140	153	50	175	61	130	67	240	160	31	90	60	160	120	100	80	80	60		9,543				$ 162,197.00	
		1.8	TRIGLICERIDOS	PRUEBA	MAXIMO	306	144	400	140	148	400	300	200	248	175	700	702	216	437	366	650	225	1,200	1,000	156	450	444	300	444	300	400	400	300	300	28,975		$ 17.00	$ 492,582.00		
					MINIMO	123	29	80	28	30	80	72	40	50	70	140	117	50	140	73	130	45	240	160	31	90	60	160	120	100	80	80	60		9,686				$ 147,662.00	
		1.9	BILIRRUBINA TOTAL	PRUEBA	MAXIMO	170	69	80	28	30	300	72	32	20	70	100	127	108	97	30	130	90	300	300	130	450	148	100	148	90	90		25	10,923		$ 17.00	$ 185,691.00		
					MINIMO	68	10	12	2	4	60	15	6	5	15	14	31	14	19	6	34	18	114	142	46	58	20	25	4	12			3,502		$ 17.00	$ 59,534.00		
		1.10	BILIRRUBINA DIRECTA	PRUEBA	MAXIMO	170	47	90	28	30	300	72	32	20	70	100	127	108	97	30	130	90	300	300	130	450	148	100	148	90	90		25	10,906		$ 17.00	$ 185,402.00		
					MINIMO	68	5	12	2	4	60	15	6	5	15	14	31	14	19	6	34	18	114	142	46	58	20	25	4	12			3,503		$ 17.00	$ 59,551.00		
		1.11	TGO (AST)	PRUEBA	MAXIMO	148	40	80	28	30	400	72	32	20	70	100	104	108	97	30	130	90	500	350	130	450	117	100	117	90	90		25	10,528		$ 17.00	$ 178,976.00		
					MINIMO	58	5	12	2	4	60	15	6	5	15	14	31	14	19	6	34	18	114	142	46	58	20	25	4	12			3,333		$ 17.00	$ 56,661.00		
		1.12	TGP (ALT)	PRUEBA	MAXIMO	148	42	90	28	30	400	72	32	20	70	100	105	108	97	30	130	90	500	350	130	450	117	100	117	90	90		25	10,401		$ 17.00	$ 176,817.00		
					MINIMO	58	8	12	2	4	60	15	6	5	15	14	31	14	19	6	34	18	114	142	46	58	20	25	4	12			3,503		$ 17.00	$ 59,551.00		
		1.13	FOSFATASA ALCALINA	PRUEBA	MAXIMO	122	42	90	28	30	400	72	32	20	70	100	118	108	97	30	130	90	300	300	130	450	117	100	117	90	90		25	9,641		$ 17.00	$ 163,897.00		
					MINIMO	49	8	12	2	4	80	15	6	5	15	14	31	14	19	6	34	18	114	142	46	58	20	25	4	12			3,060		$ 17.00	$ 52,021.00		
		1.14	CALCIO	PRUEBA	MAXIMO	170		35			50	50			70	70	20	28	97		263		263		60	80	28				10		5,876		$ 17.00	$ 99,892.00		
					MINIMO	68		10			8	10			5	15	5	20	6	39	53		58		24		16	4			2		2,176		$ 17.00	$ 36,992.00		
		1.15	FOSFORO	PRUEBA	MAXIMO	97	24	35				50			70	70	20	28	97		263		173		60		52						4,560		$ 17.00	$ 77,520.00		
					MINIMO	39	13	10				10			5	15	5	15	39		53		34		24		16	2					1,664		$ 17.00	$ 28,288.00		
		1.16	PROTEINAS TOTALES	PRUEBA	MAXIMO	97	43	90	28	30	35	72	35	20	70	100	69	44	97	40	105	90	329	306	120	146	108	146	76	42			29	6,570		$ 17.00	$ 111,690.00		
					MINIMO	29	5	12	2	4	7	15	3	4	10	14	28	5	39	10	34	18	114	142	46	58	20	29	5	9			4	2,125		$ 17.00	$ 36,125.00		
		1.17	ALBUMINA	PRUEBA	MAXIMO	97	43	90	28	30	47	72	35	20	70	100	69	44	97	40	105	90	329	306	120	146	108	146	76	42			29	6,728		$ 17.00	$ 114,376.00		
					MINIMO	29	5	12	2	4	9	15	3	4	10	14	28	5	39	10	34	18	114	142	46	58	20	29	7	9			4	2,175		$ 17.00	$ 36,975.00		
		1.18	MAGNESIO	PRUEBA	MAXIMO	97		35				50			70	70	20	28	97		263		263		60		28				10		3,963		$ 17.00	$ 67,371.00		
					MINIMO	39		10				10			5	15	5	15	39		53		34		24		9				2		1,425		$ 17.00	$ 24,225.00		
		1.19	MICROALBUMINURIA	PRUEBA	MAXIMO	30						10			10																	437		$ 32.00	$ 14,421.00		
					MINIMO	10						5			5																		177		$ 17.00	$ 3,042.00		
	QUIMICA CLINICA PRUEBAS ESPECIALES	1.20	DHL	PRUEBA	MAXIMO	100	30	60	10	30	38	43		15	25	100	54	60	30	23	100		623	306	90		108	130		40		58	5,995		$ 17.00	$ 101,907.00		
					MINIMO	40	8	14	2	4	8	9		5	5	20	22	12	10	5	20		123	142	28		18	26		9		14	1,918		$ 17.00	$ 32,646.00		
		1.21	HDL	PRUEBA	MAXIMO	50	67	80	5	75	13	64		14	27	27	96	88	34	81	116	78	370	306	30	20	60	113	58	53		50	6,497		$ 17.00	$ 110,457.00		
					MINIMO	25	13	12	1	15	2	11		3	5	5	20	14	22	16	22	16	24	142	12	18	12	23	18	11		10	2,129		$ 17.00	$ 36,193.00		
		1.22	LDL	PRUEBA	MAXIMO	50	68		5	75	13	64		14	27	27	96	88	34	81	116	78	370	306	30	20	60	113	58	53		50	6,332		$ 17.00	$ 107,644.00		
					MINIMO	20	14		1	15	2	11		3	5	5	20	14	22	16	22	16	24	142	12	18	12	23	18	11		10	2,080		$ 17.00	$ 35,360.00		
		1.23	AMILASA	PRUEBA	MAXIMO	98		30		20	13			5	15	27	22	30		11	40	11	122	306	30		39	26		13			2,795		$ 17.00	$ 47,515.00		
					MINIMO	30		6		4	3			1	5	5	11	6		2	8	2	24	142	12		6	9		7			983		$ 17.00	$ 16,711.00		
		1.24	LIPASA	PRUEBA	MAXIMO	90	5	30		5	15			5		22	27			22	40	12	44	306	30		30	16		11			2,467		$ 17.00	$ 41,939.00		
					MINIMO	30	3	6		1	7			1		5	11			2	8	2	24	142	12		6	9		2			932		$ 17.00	$ 15,774.00		
		1.25	CK	PRUEBA	MAXIMO	40		20		5	24			5	25	54	5				29		104	306	30		30	11		11			2,348		$ 17.00	$ 39,916.00		
					MINIMO	10		6		1	5			2	5	11	2				8		24	142	12		6	9		2			824		$ 17.00	$ 14,008.00		
		1.26	CREATININA EN ORINA	PRUEBA	MAXIMO	30		5			10	10		2	14	14	5	10			20		80	306	30			19		3			1,519		$ 17.00	$ 25,823.00		
					MINIMO	14					2	3		1	11	11	3	2			4		22	142	12			4		1			526		$ 17.00	$ 8,942.00		
		1.27	PROTEINAS EN ORINA	PRUEBA	MAXIMO	35					10	10		5	14	30					20		73	306	30		15	30		3			1,474		$ 17.00	$ 25,058.00		
					MINIMO	14					3	3		1	11	10					4		15	142	12		3	6		1			510		$ 17.00	$ 8,670.00		
		1.28	AMONIO	PRUEBA	MAXIMO	20																	3										255		$ 128.00	$ 32,895.00		
					MINIMO	8																	7										99		$ 17.00	$ 1,722.00		
		1.29	HIERRO SERICO	PRUEBA	MAXIMO	19																	5										241		$ 17.00	$ 4,097.00		
					MINIMO	1																	7										94		$ 17.00	$ 1,598.00		
		1.30	COLINESTERASA	PRUEBA	MAXIMO																												147		$ 139.00	$ 18,963.00		
					MINIMO																												56		$ 139.00	$ 7,631.00		
		1.31	CAPACIDAD DE FIJACION DEL HIERRO	PRUEBA	MAXIMO																		9										156		$ 120.00	$ 20,124.00		
					MINIMO																		3										62		$ 120.00	$ 7,968.00		
		1.32	PEPTIDO NATRIURETICO TIPO B (BNP)	PRUEBA	MAXIMO	15																	58										194		$ 247.00	$ 47,934.00		
					MINIMO	8																	12										70		$ 247.00	$ 17,290.00		
		1.33	VITAMINA B12	PRUEBA	MAXIMO																		5										132		$ 902.00	$ 119,064.00		
					MINIMO																		7										54		$ 247.00	$ 13,338.00		
		1.34	FOLATO	PRUEBA	MAXIMO																												119		$ 247.00	$ 29,393.00		
					MINIMO																												48		$ 247.00	$ 11,856.00		
		1.35	HAVAB	PRUEBA	MAXIMO	10																											138		$ 247.00	$ 34,086.00		
					MINIMO	4																											50		$ 247.00	$ 12,350.00		
		1.36	FERRITINA	PRUEBA	MAXIMO	50																	33										929		$ 247.00	$ 229,463.00		
					MINIMO	20																	3										330		$ 247.00	$ 81,510.00		
		1.37	HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	PRUEBA	MAXIMO	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	100	90	90	90	90	90	200	100	100	200	90	150	90	90	90	90	6,430		$ 344.00	$ 2,211,920.00		
					MINIMO	36	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	40	18	36	18	18	18	40	40	40	80	18	30	18	18	36	36	18	1,862		$ 247.00	$ 460,242.00		
		1.38	T3 LIBRE	PRUEBA	MAXIMO	27									16	14	10						75					22					1,086		$ 247.00	$ 268,242.00		
					MINIMO	11									3	11	3						15					5					193		$ 247.00	$ 47,671.00		
		1.39	T3 TOTAL	PRUEBA	MAXIMO	27									16	14	10						77					29					1,093		$ 247.00	$ 269,971.00		
					MINIMO	11									3	11	3						15					5					195		$ 247.00	$ 48,165.00		
		1.40	T4 LIBRE	PRUEBA	MAXIMO	27									16	14	10						84					33					1,100		$ 247.00	$ 271,700.00		
					MINIMO	11									3	11	3						17					6					197		$ 247.00	$ 48,659.00		
		1.41	T4 TOTAL	PRUEBA	MAXIMO	27									16	14	10						73					22					1,099		$ 247.00	$ 271,453.00		
					MINIMO	11									3	11	3						15					5					195		$ 247.00	$ 48,165.00		
		1.42	TSH	PRUEBA	MAXIMO	27									16	14	10						89					23					1,110		$ 247.00	$ 274,170.00		
					MINIMO	11									3	11	3						18					5					198		$ 247.00	$ 48,893.00		
		1.43	CT3	PRUEBA	MAXIMO																												236		$ 247.00	$ 58,292.00		
					MINIMO																												94		$ 247.00	$ 23,218.00		
	INMUNOLOGIA PRUEBAS DE RUTINA	1.44	PROGESTERONA	PRUEBA	MAXIMO	15										30							25					11					371		$ 247.00	$ 91,637.00		
					MINIMO	4										4							3					3					129		$ 247.00	$ 31,863.00		
		1.45	TESTOSTERONA	PRUEBA	MAXIMO	15										30							25					13					357		$ 247.00	$ 88,179.00		
					MINIMO	4										4							3					3					123		$ 247.00	$ 30,381.00		
		1.46	PROLACTINA	PRUEBA	MAXIMO	15										30							40					15					392		$ 247.00	$ 96,824.00		
					MINIMO	4										4							8					3					134		$ 247.00	$ 33,098.00		
		1.47	HORMONA FSH	PRUEBA	MAXIMO	15										28							25					11					382		$ 247.00	$ 94,354.00		
					MINIMO	4										4							5					3					133		$ 247.00	$ 32,851.00		
		1.48	HORMONA HEX (FSH)	PRUEBA	MAXIMO	15										28							25					11					382		$ 247.00	$ 94,354.00		
					MINIMO	4										4							5					3					133		$ 247.00	$ 32,851.00		

DEPARTAMENTO DE COMERCIALIZACIÓN HOSPITALARIA
30 JUN 2026
RECIBIDO
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS BIE
AÑO DEL EJERCICIO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		1-5 MM: HOSPITAL GENERAL DE RÍO BLANCO	1-5 MM: HOSPITAL GENERAL DE CAMERINO	1-5 MM: HOSPITAL GENERAL TUXPAN	1-5 MM: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DIF ALVARADO	1-5 MM: C.S.S.S.A. E INSTITUTO DE SEMILLAS	5-10 MM: HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. RAFAEL PASCACIO GUEVARA	5-10 MM: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ZONGOLICA	5-10 MM: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O PLAYA VICENTE	5-10 MM: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O TLACOTALPAN	5-10 MM: HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA DRA. GRACIA CORONA	10 MM +: HOSPITAL GENERAL TUXA	10 MM +: HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CATEMACO	10 MM +: HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	10 MM +: HOSPITAL GENERAL SAN ANDRÉS TUXTLA DR. RAFAEL HIDALGO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE EL ALTO, DR. C. CARMEN MEDINA DE LÓPEZ MATEO	HOSPITAL GENERAL DE COATZACOALCOS	HOSPITAL GENERAL CORONEL ROJO	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS DR. VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. PEDRO CORONEL PEREZ	HOSPITAL COMUNITARIO DE COSOLEACAQUE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LA LAGUNA, PAPALOAPAN	HOSPITAL COMUNITARIO DE TONALÁ DR. CARLOS DEL CASTILLO	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLÁN	C.S.S.S.A. OTATITLÁN ANIA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA GUADALUPE DE MALTRATA, VER.	CENTRO DE SALUD AGUA DULCE	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	CENTRO DE SALUD COATZACOALCOS	TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
		1.49	ESTRADIOL	PRUEBA	MÁXIMO	19										20				25					15						377	131	$ 247.00	$ 93,119.00	$ 32,357.00
					MÍNIMO	6										7				5					3										
		1.50	HORMONA TIROXINA (T-UP)	PRUEBA	MÁXIMO																				15						98	143	$ 247.00	$ 84,107.00	$ 35,321.00
					MÍNIMO																				7										
		1.51	CORTISOL	PRUEBA	MÁXIMO	15										15				3											155	60	$ 247.00	$ 38,285.00	$ 14,820.00
					MÍNIMO	5										7				5															
		1.52	INSULINA	PRUEBA	MÁXIMO	15											18			18											178	64	$ 247.00	$ 43,966.00	$ 15,808.00
					MÍNIMO	3											3			3															
		1.53	ASO	PRUEBA	MÁXIMO	15										20															203	69	$ 23.00	$ 4,669.00	$ 1,587.00
					MÍNIMO	1										4																			
		1.54	PROTEINA C REACTIVA (PCR)	PRUEBA	MÁXIMO	100										27															492	156	$ 16.00	$ 7,872.00	$ 2,516.00
					MÍNIMO	40										5																			
		1.55	FACTOR REUMATOIDE	PRUEBA	MÁXIMO											27															218	76	$ 14.00	$ 3,052.00	$ 1,064.00
					MÍNIMO											5																			
		1.56	IGE	PRUEBA	MÁXIMO											27	5														236	87	$ 247.00	$ 58,292.00	$ 21,489.00
					MÍNIMO											5	3																		
		1.57	CEA	PRUEBA	MÁXIMO	27										27	16						60					35			672	252	$ 247.00	$ 166,084.00	$ 62,244.00
					MÍNIMO	15										5	4						10					4							
		1.58	CA 15-3	PRUEBA	MÁXIMO	27										27	18						30					19			454	173	$ 247.00	$ 112,140.00	$ 42,731.00
					MÍNIMO	15										5	4						6					3							
		1.59	CA 19-9	PRUEBA	MÁXIMO	27										27	18						35					18			560	205	$ 247.00	$ 138,320.00	$ 50,635.00
					MÍNIMO	11										5	4						6					2							
		1.60	CA 125	PRUEBA	MÁXIMO	27										27	18						30					15			546	199	$ 247.00	$ 134,862.00	$ 49,213.00
					MÍNIMO	11										5	4						6					2							
		1.61	PSA LIBRE	PRUEBA	MÁXIMO	27										27	18						45					3			555	200	$ 247.00	$ 137,085.00	$ 49,400.00
					MÍNIMO	11										5	4						9					1							
		1.62	PSA TOTAL	PRUEBA	MÁXIMO	27									30	27	18						58					20			830	293	$ 247.00	$ 205,010.00	$ 72,371.00
					MÍNIMO	11									6	5	4						13					4							
		1.63	BHGC	PRUEBA	MÁXIMO	14																	115					11			936	334	$ 247.00	$ 231,192.00	$ 82,498.00
					MÍNIMO	3																	23					2							
		1.64	AFP	PRUEBA	MÁXIMO	28										27	18						35					20			603	215	$ 247.00	$ 148,941.00	$ 53,183.00
					MÍNIMO	8										5	3						7					4							
		1.65	HGH	PRUEBA	MÁXIMO																										84	32	$ 247.00	$ 20,748.00	$ 7,904.00
					MÍNIMO																														
		1.66	VIH	PRUEBA	MÁXIMO	43										28							229					138			2,086	744	$ 247.00	$ 515,362.00	$ 183,768.00
					MÍNIMO	10										4							46					30							
		1.67	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA	PRUEBA	MÁXIMO	138		15			24					22	39						580								2,213	768	$ 247.00	$ 546,611.00	$ 189,696.00
					MÍNIMO	88		10			10					5	10						100												
		1.68	TOXO IgG	PRUEBA	MÁXIMO	9																	30					6			248	88	$ 247.00	$ 61,256.00	$ 21,751.00
					MÍNIMO	2																	7					2							
		1.69	TOXO IgM	PRUEBA	MÁXIMO	9																	30					6			248	89	$ 247.00	$ 61,256.00	$ 21,983.00
					MÍNIMO	3																	7					2							
		1.70	CMV IgM	PRUEBA	MÁXIMO	9																	36					6			249	99	$ 247.00	$ 61,503.00	$ 21,983.00
					MÍNIMO	3																	7					2							
		1.71	RUB IgG	PRUEBA	MÁXIMO	8																	36					8			252	94	$ 247.00	$ 64,714.00	$ 23,218.00
					MÍNIMO	3																	7					2							
		1.72	RUB IgM	PRUEBA	MÁXIMO	8																	36					8			252	94	$ 247.00	$ 64,714.00	$ 23,218.00
					MÍNIMO	3																	7					2							
		1.73	RSV 1 Y 2 IgG	PRUEBA	MÁXIMO	8																	33								106	40	$ 247.00	$ 26,182.00	$ 9,880.00
					MÍNIMO	3																	7												
		1.74	RSV 1 Y 2 IgM	PRUEBA	MÁXIMO	8																	33								106	40	$ 247.00	$ 26,182.00	$ 9,880.00
					MÍNIMO	3																	7												
		1.75	CMV Igg	PRUEBA	MÁXIMO	8																	36					6			235	83	$ 247.00	$ 58,045.00	$ 20,501.00
					MÍNIMO	3																	7					2							
		1.76	HEP B	PRUEBA	MÁXIMO											15												15			398	127	$ 247.00	$ 98,480.00	$ 31,369.00
					MÍNIMO											3												3							
		1.77	HEP C	PRUEBA	MÁXIMO	13										15							32					13			450	156	$ 247.00	$ 111,150.00	$ 41,382.00
					MÍNIMO	5										3							6					3							
		1.78	HBS Ag	PRUEBA	MÁXIMO	13										15							32								285	103	$ 247.00	$ 70,395.00	$ 25,441.00
					MÍNIMO	5										3							6												
		1.79	CK-MB	PRUEBA	MÁXIMO	36	36		50		100	18		20	15	28	18				20		94	69	33		20	20			1,322	482	$ 11.00	$ 14,674.00	$ 5,306.00
					MÍNIMO	12	12		10		26	7		4	3	6	4				14		19	16	8		4	4							
		1.80	MIOGLOBINA	PRUEBA	MÁXIMO				15							15							33								413	150	$ 247.00	$ 102,011.00	$ 37,144.00
					MÍNIMO				5							3							5												
		1.81	TROPONINA	PRUEBA	MÁXIMO	38			15							15	5						33								698	261	$ 242.00	$ 172,406.00	$ 64,387.00
					MÍNIMO	5			3							3	3						5												
		1.82	EBV IgM	PRUEBA	MÁXIMO																										88	26	$ 247.00	$ 21,983.00	$ 8,892.00
					MÍNIMO																														
		1.83	VCA Igg	PRUEBA	MÁXIMO																										99	36	$ 247.00	$ 21,983.00	$ 8,892.00
					MÍNIMO																														
		1.84	PROCALCITONINA	PRUEBA	MÁXIMO	38										27							103					68			702	271	$ 247.00	$ 199,824.00	$ 66,957.00
					MÍNIMO	20										5							21					13							
		1.85	METOTREXATE	PRUEBA	MÁXIMO																		14								268	106	$ 247.00	$ 66,198.00	$ 28,182.00
					MÍNIMO																		3												
		1.86	EBNA Igg	PRUEBA	MÁXIMO																										124	50	$ 247.00	$ 30,628.00	$ 12,350.00
					MÍNIMO																														
		1.87	DIMERO D	PRUEBA	MÁXIMO	38										65							70					58			930	338	$ 130.00	$ 493,590.00	$ 175,140.00
					MÍNIMO	17										5							8					10							
		1.88	BETA 2 MICROGLOBULINA	PRUEBA	MÁXIMO																										193	77	$ 17.00	$ 3,281.00	$ 1,309.00
					MÍNIMO																														
		1.89	CORTISOL	PRUEBA	MÁXIMO											20															89	32	$ 247.00	$ 21,983.00	$ 7,904.00
					MÍNIMO											4																			
		1.90	ANTICUERPOS ANTI TPO	PRUEBA	MÁXIMO																										84	34	$ 247.00	$ 20,748.00	$ 8,368.00
					MÍNIMO																														
		1.91	ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA	PRUEBA	MÁXIMO																										74	30	$ 247.00	$ 18,278.00	$ 7,410.00
					MÍNIMO																														
		1.92	AC. FOLICO	PRUEBA	MÁXIMO																										79	32	$ 247.00	$ 19,513.00	$ 7,904.00
					MÍNIMO																														
		1.93	INMUNOGLOBULINAS, IgG, IgM, IgA NEFELOMETRICO	PRUEBA	MÁXIMO																		15								96	37	$ 247.00	$ 24,453.00	$ 9,139.00
					MÍNIMO																														
	ENFERMEDADES DEL AUTOINMUNE	1.94	EGO	PRUEBA	MÁXIMO	300	500	500	120	100	800	800	600	800	752	897	491	600	700	500	700	451	3,000	350	322	1,100	400	900	200	1,000	900	672	962	50,449	19,054	$ 17.00	$ 851,633.00	$ 321,918.00
					MÍNIMO	168	100	120	34	100	169	120	100	120	150	139	182	120	280	100	140	90	600	140	125	600	80	180	40	200	180	189	180				

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
APLICACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/06420 26
ADQ

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		1.5 HRS					3.5 HRS					10 H			15 H										TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE RÍO BLANCO	HOSPITAL GENERAL DE CAMERI	HOSPITAL GENERAL TEJALES DR.	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ALVARADO	C.S.S.S.A. ROSALINO DE JESÚS	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DE CARPIO DR. MANUEL PONCIANO GENOVEVA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SAN ANDRÉS TUXTLA	HOSPITAL GENERAL DE LA COMUNIDAD DE SAN JUAN EVANGELISTA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O TLACOTALPAN	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA DOCTOR NARCISO CONTRERAS	HOSPITAL GENERAL CÓRDOBA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD G. CARRANZA	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL DR. ANDRÉS GRAYEB MENA DE BOCA DEL RÍO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O ELCHILAPA, SAN JUAN CAHUIS MUNICIPIO DE LÓPEZ ARIAS	HOSPITAL GENERAL DE OLUTA-ACAYUCAN	HOSPITAL GENERAL COATZACOALCOS	HOSPITAL REGIONAL DE CUAUTLALCO-TUXTLAS DR. VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DR. PEDRO CONCHA PÉREZ	HOSPITAL COMUNITARIO DE ZONTECOMATLÁN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O LA LAGUNA PORVENIR O	HOSPITAL COMUNITARIO DE CHICONTEPEC DR. DONACIANO DEL CUETO	HOSPITAL GENERAL DE HUATUSCO	C.S.S.S.A. CAMARÓN DE TEJEDA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA COMUNIDAD DE RUSTERO VIEJO	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	CENTRO DE SALUD EL CONTADERO ALTOS					
	ORINARIOS (3 PRS. DE ORINA)	1.95	SEDIMENTO URINARIO	PRUEBA	MÁXIMO																									4,400				
					MÍNIMO																										1,100			
	QUÍMICAS SANGUÍNEAS (GASOMETRÍA A Y ELECTROLITOS PRS. BUTIRA)	1.96	GASOMETRÍA	PRUEBA	MÁXIMO	800		20			60			40	40			800		55		2,000	300	300		20	50					18,425				
					MÍNIMO	320		4			12			8	8			240		12		400	120	120		4	10					6,821				
		1.97	ELECTROLITOS (CL, K, NA, CA)	PRUEBA	MÁXIMO	900		20			60			30	150	90	300	30	600	100	30	2,000	300	300		20	100	200				21,701				
					MÍNIMO	300		4			12			6	30	18	120	6	240	20	6	400	120	120		4	20	40				7,981				
	COAGULACIÓN (PRS DE RUTINA)	1.98	TP	PRUEBA	MÁXIMO	136	108	136	20	20	116	108	40	23	108	108	136	130	120	10	400	120	1,000	300	220	300	60	100	20	100	60	200	14,628				
					MÍNIMO	52	24	27	8	4	24	22	8	5	22	22	60	26	48	10	80	24	200	120	88	200	12	20	4	20	24	40					
		1.99	TPT	PRUEBA	MÁXIMO	136	108	136	20	20	116	108	40	23	108	108	136	130	120	10	400	120	1,000	300	220	300	60	100	20	100	60	200	14,628				
					MÍNIMO	52	24	27	8	4	24	22	8	5	22	22	60	26	48	10	80	24	200	120	88	200	12	20	4	20	24	40					
		1.100	MIXOELASTICA EN SANGRE TOTAL	PRUEBA	MÁXIMO																		20								4,400				
					MÍNIMO																		4								1,100				
	COAGULACIÓN (PRS ESPECIALES)	1.101	FIBRINÓGENO	PRUEBA	MÁXIMO										20	20							80				160				1,875				
					MÍNIMO										4	4							16				40				374				
		1.102	TROMBINA	PRUEBA	MÁXIMO																		80								261				
					MÍNIMO																		16								88				
		1.103	ANTITROMBINA	PRUEBA	MÁXIMO																										104				
					MÍNIMO																										42				
	MICROBIOLOGÍA (PRS DE RUTINA)	1.104	CULT GRAM -	PRUEBA	MÁXIMO	32									20	20							100				50				918				
					MÍNIMO	12									8	8							20				10				332				
		1.105	CULT GRAM +	PRUEBA	MÁXIMO	32									20	20							100				50				788				
					MÍNIMO	12									8	8							20				10				281				
		1.106	LEVADURAS	PRUEBA	MÁXIMO	5									20	5							100				50				455				
					MÍNIMO	2									8	2							20				10				142				
	HEMOCULTIVOS (PRUEBAS DE RUTINA)	1.107	FAN AERÓBICO	PRUEBA	MÁXIMO	10									20								100				50				471				
					MÍNIMO	3									4								20				10				156				
		1.108	FAN ANAERÓBICO	PRUEBA	MÁXIMO										20												50				316				
					MÍNIMO										4												10				115				
		1.109	PF PEDIÁTRICO	PRUEBA	MÁXIMO	10																	50								687				
					MÍNIMO	3																	12								264				
		1.110	SOTELLAS MP	PRUEBA	MÁXIMO																										168				
					MÍNIMO																										42				
	DROGAS TERAPÉUTICAS	1.111	ÁCIDO VALPROICO	PRUEBA	MÁXIMO																		60								144				
					MÍNIMO																		12								43				
		1.112	FENITOÍNA	PRUEBA	MÁXIMO																		40								151				
					MÍNIMO																		8								52				
		1.113	CARBAMAZEPINA	PRUEBA	MÁXIMO																		60								183				
					MÍNIMO																		10								61				
	REUMATOLOGÍA	1.114	ANTI A	PRUEBA	MÁXIMO	189	35	68	40	45	189	38	30	28	189	189	30	96	189	30	98	108	265	182	47	245	168	243	30	53	80	215	355	9,904				
					MÍNIMO	76	5	14	8	9	38	8	6	6	38	38	12	20	76	6	20	22	53	45	19	90	34	49	6	11	32	87	45					
		1.115	ANTI B	PRUEBA	MÁXIMO	189	35	68	40	45	189	38	30	28	189	189	30	104	189	31	80	109	265	135	44	268	168	244	31	54	80	280	200	9,811				
					MÍNIMO	76	5	14	8	9	38	8	6	6	38	38	12	20	76	6	20	22	53	52	19	98	34	49	6	11	32	90	40					
		1.116	ANTI A-B	PRUEBA	MÁXIMO	162	35	68	40	45	162	38	30	28	189	162	30	96	162	2	96	108	265	133	44	243	168	243	30	53	80	280	200	9,035				
					MÍNIMO	65	5	14	8	9	32	8	6	6	38	32	12	20	65	0	20	22	53	45	19	90	34	49	6	11	32	80	40					
		1.117	ANTI D	PRUEBA	MÁXIMO	162	35	68	40	45	162	38	30	28	189	162	30	96	173	30	96	108	265	138	44	243	168	243	30	53	80	280	200	9,380				
					MÍNIMO	65	5	14	8	9	32	8	6	6	38	32	12	20	69	6	20	22	53	52	19	90	34	49	6	11	32	88	40					
		1.118	COOMS	PRUEBA	MÁXIMO	27	10	27							15		20	10	15				12	20	10		27	10					790				
					MÍNIMO	11	2	5							6		12	2	6				2	12	4		5	2					267				
		1.119	ALB 22%	PRUEBA	MÁXIMO		10	27											7				17	28	12		28						1,139				
					MÍNIMO		2	5											3				3	11	5		8						393				
		1.120	ANTI LEC	PRUEBA	MÁXIMO			20							15									15			16			10			279				
					MÍNIMO			4							3									6			3			2			91				
	INMUNOLOGÍA DE ROTINA MANUAL	1.121	PARATÍFICO A	PRUEBA	MÁXIMO	36	18	90	30	16	32	36	30	33	27	81	162	78	153	57	162	87	50	77	63	178	77	178	28	77	16	95	95	4,133				
					MÍNIMO	13	4	18	6	3	6	8	6	7	6	16	40	16	40	11	32	19	10	31	26	71	15	36	3	15	6	38	19					
		1.122	PARATÍFICO B	PRUEBA	MÁXIMO	30	18	90	30	16	32	36	30	37	27	81	162	78	153	70	162	87	50	77	65	178	77	178	18	77	23	95	95	4,133				
					MÍNIMO	12	4	18	6	3	6	8	6	7	5	16	40	16	40	14	32	19	10	31	26	71	15	36	3	15	6	38	19					
		1.123	PROTEUS OX-19	PRUEBA	MÁXIMO	30	18	90	30	16	32	36	30	37	27	81	162	78		81	162	87		77	65	178	77	178	28	77	23	95	95	3,465				
					MÍNIMO	12	4	18	6	3	6	8	6	7	5	16	40	16		18	32	19		31	26	71	15	36	3	15	6	38	19					
		1.124	TIFICO H	PRUEBA	MÁXIMO	30	18	90	30	16	32	36	30	33	27	81	162	78	153	70	162	87	50	77	65	178	77	178	28	77	23	95	95	4,153				
					MÍNIMO	12	4	18	6	3	6	8	6	7	5	16	40	16	40	14	32	19	10	31	26	71	15	36	3	15	6	38	19					
		1.125	TIFICO O	PRUEBA	MÁXIMO	30	18	90	30	19	36	46	30	43	28	82	162	78	153	82	162	87	50	77	65	178	77	178	28	77	23	95	95	4,208				
					MÍNIMO	12	4	18	8	4	7	8	6	9	6	16	40	16	40	16	32	19	10	31	26	71	15	36	3	15	6	38	19					
		1.126	BRUCELLA ABORTUS	PRUEBA	MÁXIMO	36	18	36	30	27	54	38	30	43	27	18				82				77	65	178	77	178	23		32	95	95	2,874				
					MÍNIMO	12	4	8	8	3	11	8	6	7	5	4				16				31	26	71	15	36	5		13	38	19					
		1.127	PRUEBA EMBARAZO	PRUEBA	MÁXIMO	38	41	30	30	45	108	36	30	25	53	54	40	30	45	65	180	30	30	100	35	40	30	30	35	35	32	38	38	3,141				
					MÍNIMO	20	8	6	6	9	20	7	6	5	11	11	10	6	17	10	28	6	6	48	22	26	19	6	7	19	13	15	8					
		1.128	HIV 1 Y 2	PRUEBA	MÁXIMO	108	69	27	30	54	200	52	28	31	35	72	155	78	218	95	139	91	150	108	86	113	98	113	55	73	19	71	71	5,097				
					MÍNIMO	43	14	5	6	3	40	6	6	6	7	14	62	15	86	16	27	16	30	40	24	45	12	23	7	15	8	28	14					
		1.129	FACTOR REUMATOIDE	PRUEBA	MÁXIMO	30	15	27	5	30	33	27	4	19	13	27	13	15	33	18	43	13	20	27	8	38	55	38	54	13	16	7	7	1,673				
					MÍNIMO	13	3	5	1	6	7	5	1	2	3	5	5	2	6	2	9	3	4	11	3	6	11	3	11	3	16	3	5					
		1.130	[illegible]	[illegible]	MÁXIMO	40	28	27	5	27	27	27	20	15	14	27	30	28	34	23	27	8	136	27	5	69	55	69	27	8	27	7	7	2,578				

SESVER/DA/C-002/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
IMSS-BIENESTAR
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/0062026
ADP

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		J.S.V.M.O.					J.S.X.						J.S.V.			J.S.X.													TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE NOG. DEL RÍO	HOSPITAL GENERAL DE CÓRDOBA	HOSPITAL GENERAL TLAJOMULCO AM	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ALVARADO	C.S.S.S.A. SOLEDAD DE DOBLADO	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. VÍCTOR MANUEL PINEDA GONZALEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE JOSÉ AGUSTA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TUXTEPEC	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA DOLO SANTA CATARINA	HOSPITAL GENERAL SILA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CHICONCO	HOSPITAL GENERAL DE COATEPEC	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRÉS TUXTLA DR. RODRIGO PEÑA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SOCONUSCO DR. ADOLFO CARRETA MOLINA DE LÓPEZ MATEOS	HOSPITAL GENERAL DE OLUTA ACAYUCAN	HOSPITAL GENERAL CÓRDOBA ORIENTE	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS ALCDE. DR. VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. ANGEL CERVERÓ MÉNDEZ	HOSPITAL COMUNITARIO ATOYAC	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. LA LAGUNA PERLAMAR EL	HOSPITAL COMUNITARIO DE ORIZABA AV. DEL KILÓMETRO	HOSPITAL GENERAL DE PERÉCTLA	C.S.S.S.A. TUXTEPEC ORTE.	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE ALVARADO	CENTRO DE SALUD RURAL BOCA	CENTRO DE SALUD CATEMACO	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE ACAYUCAN					
					MÍNIMO	3	6	5	1	5	5	5	4	3	3	5	20	4	8	5	5	2	47	11	2	20	11	10	5	2	11	7	2	781					
					MÁXIMO	18	16	23	5	23	23	23	6	7	11	27	5	8	8	15	50	8	7	20	5	84	20	16	20	8	20	7	7	1,186		$ 23.00	$ 27,278.00		
		1.131	ASO	PRUEBA	MÍNIMO	2	1	5	1	1	5	5	1	2	3	5	2	2	3	3	10	1	1	8	2	6	4	2	4	2	8	3	2	331				$ 7,613.00	
					MÁXIMO	81	60	34	30	60	54	54	40	12	34	91	110	70	108	50	150	100	250	90	90	80	80	90	100	100	70	115	230	230	8,190		$ 7.00	$ 57,330.00		
		1.132	VDRL	PRUEBA	MÍNIMO	11	12	11	6	13	11	11	8	2	11	16	44	13	43	17	30	22	50	30	30	30	10	10	22	14	46	92	46	2,523				$ 17,661.00	
					MÁXIMO	37	27	30	37	27	27	8	28		27	90	33	45		9	45	18	50	90	54		90	5	37	72	22	184	184	2,764		$ 53.00	$ 146,492.00		
		1.133	ROSA DE BENGALA	PRUEBA	MÍNIMO	10	10	27	30	37	27	5	5	1	6		3	36	7	19	2	9	2	10	36	22		10	1	5	15	11	54	27	860				$ 45,580.00	
					MÍNIMO	4	4	5	0	5	5	5	1	0		3	36	7	19	2	9	2	10	36	22		10	1	5	15	11	54	27						
					MÁXIMO	28		5	5				4	3	15	26			9		10	43		50	12	10	10	10	10	34	12				1,325		$ 6.00	$ 7,950.00		
		1.134	TIRAS PH	PRUEBA	MÍNIMO	11		1	1				1	1	3	4			2		2	9		10	7	4	4	2	2	11	2				434				$ 2,604.00	
					MÁXIMO	13	5	5	5				4	3	15	30			9		10	43		25	17	10	10	10	10	13	12				798		$ 11.00	$ 8,778.00		
	PARASITOLOGÍA	1.135	AZUCARES REDUCTORES	PRUEBA	MÍNIMO	4	3	1	1				1	1	3	4			2		2	13		5	7	4	4	2	2	3	2				256				$ 2,816.00	
					MÍNIMO	28	2	27	3	10		11	4	4	11	27	5	10	5	16	43		25	68	10	10	12	10	27	12		10		998		$ 18.00	$ 17,964.00		
		1.136	SANGRE OCULTA EN HECES	PRUEBA	MÍNIMO	11	1	5	1	2		2	1	1	2	5	3	2	2	3	13		5	6	4	4	2	2	5	2		4		350				$ 3,400.00	
					MÁXIMO	19																											27		$ 802.00	$ 24,234.00		
		1.137	VITAMINA D	PRUEBA	MÍNIMO	3																											10		$ 917.00		$ 9,220.00	
					MÁXIMO																												11		$ 549.00	$ 6,039.00		
		1.138	2 - MERCAPTOETANOL	PRUEBA	MÍNIMO																												8		$ 582.00		$ 4,702.00	
					MÁXIMO																												6		$ 881.00	$ 5,286.00		
		1.139	ANTICUERPOS HETEROFILOS (PAUL BUNELL)	PRUEBA	MÍNIMO																												5		$ 882.00		$ 4,405.00	
					MÁXIMO																												14		$ 332.00	$ 4,648.00		
		1.140	ALDOLASA	PRUEBA	MÍNIMO																												8		$ 357.00		$ 2,856.00	
					MÁXIMO																												14		$ 667.00	$ 9,338.00		
		1.141	ALDOSTERONA	PRUEBA	MÍNIMO																												5		$ 667.00		$ 3,335.00	
					MÁXIMO																												30		$ 492.00	$ 14,760.00		
		1.142	ANFETAMINAS/METANFETA MINAS, ORINA	PRUEBA	MÍNIMO	5																											17		$ 582.00		$ 9,894.00	
					MÁXIMO	3																											6		$ 882.00	$ 5,286.00		
		1.143	ANTI EA-G	PRUEBA	MÍNIMO																												5		$ 882.00		$ 4,405.00	
					MÁXIMO																		3										9		$ 955.00	$ 6,437.00		
		1.144	ANTI JO-1	PRUEBA	MÍNIMO																		2										7		$ 665.00		$ 3,451.00	
					MÁXIMO																		3										10		$ 465.00	$ 4,650.00		
		1.145	ANTI NRNP/SM	PRUEBA	MÍNIMO																		2										8		$ 665.00		$ 5,344.00	
					MÁXIMO																												6		$ 455.00	$ 2,958.00		
		1.146	ANTI SCL-70	PRUEBA	MÍNIMO																												5		$ 455.00		$ 2,665.00	
					MÁXIMO																												9		$ 933.00	$ 6,627.00		
		1.147	ANTI SM	PRUEBA	MÍNIMO																												6		$ 933.00		$ 5,598.00	
					MÁXIMO																												7		$ 693.00	$ 3,432.00		
		1.148	ANTI SS-A	PRUEBA	MÍNIMO																												4		$ 693.00		$ 1,972.00	
					MÁXIMO																												7		$ 693.00	$ 3,432.00		
		1.149	ANTI SS-B	PRUEBA	MÍNIMO																												4		$ 693.00		$ 1,972.00	
					MÁXIMO																												26		$ 643.00	$ 16,288.00		
		1.150	ANTICOAGULANTE LUPICO	PRUEBA	MÍNIMO																												9		$ 882.00		$ 5,287.00	
					MÁXIMO																												9		$ 881.00	$ 7,929.00		
		1.151	ANTICUERPOS Adn-BGII	PRUEBA	MÍNIMO																												6		$ 881.00		$ 5,286.00	
					MÁXIMO																												9		$ 431.00	$ 3,933.00		
		1.152	ANTICUERPOS ANTI Chlamydia trachomatis IgM	PRUEBA	MÍNIMO																												6		$ 432.00		$ 2,622.00	
					MÁXIMO																												7		$ 438.00	$ 3,066.00		
		1.153	ANTICUERPOS ANTI Chlamydia trachomatis IgG	PRUEBA	MÍNIMO																												5		$ 438.00		$ 2,190.00	
					MÁXIMO																												13		$ 402.00	$ 5,226.00		
		1.154	ANTICUERPOS ANTI ENA	PRUEBA	MÍNIMO																												8		$ 402.00		$ 3,216.00	
					MÁXIMO																												6		$ 493.00	$ 2,958.00		
		1.155	ANTICUERPOS ANTI HBCAB (TOTAL)	PRUEBA	MÍNIMO																												4		$ 493.00		$ 1,972.00	
					MÁXIMO																												6		$ 505.00	$ 3,030.00		
		1.156	ANTICUERPOS ANTI HBsAgM	PRUEBA	MÍNIMO																												4		$ 505.00		$ 2,020.00	
					MÁXIMO																												6		$ 551.00	$ 3,306.00		
		1.157	ANTICUERPOS ANTI HBsAg	PRUEBA	MÍNIMO																												4		$ 551.00		$ 2,204.00	
					MÁXIMO																												16		$ 308.00	$ 5,128.00		
		1.158	ANTICUERPOS ANTI Helicobacter pylori IgG	PRUEBA	MÍNIMO																												14		$ 308.00		$ 4,312.00	
					MÁXIMO																												16		$ 308.00	$ 4,928.00		
		1.159	ANTICUERPOS ANTI Helicobacter pylori IgM	PRUEBA	MÍNIMO																												14		$ 308.00		$ 4,312.00	
					MÁXIMO																												10		$ 493.00	$ 4,930.00		
		1.160	ANTICUERPOS ANTI LA (SS-B)	PRUEBA	MÍNIMO																												5		$ 493.00		$ 2,465.00	
					MÁXIMO																												6		$ 1,204.00	$ 7,224.00		
		1.161	ANTICUERPOS ANTI LEPTOSPIRA IGG	PRUEBA	MÍNIMO																												4		$ 1,204.00		$ 4,816.00	
					MÁXIMO																												6		$ 1,204.00	$ 7,224.00		
		1.162	ANTICUERPOS ANTI LEPTOSPIRA IGM	PRUEBA	MÍNIMO																												4		$ 1,204.00		$ 4,816.00	
					MÁXIMO																												4		$ 723.00	$ 2,892.00		
		1.163	ANTICUERPOS ANTI MICROSOMALES Y TIROGLOBULINA	PRUEBA	MÍNIMO																												3		$ 723.00		$ 2,169.00	
					MÁXIMO																												4		$ 493.00	$ 1,972.00		
		1.164	ANTICUERPOS ANTI MICROSOMALES	PRUEBA	MÍNIMO																												2		$ 493.00		$ 1,479.00	

SESVER/DJ/066/2026
30 JUN 2026
IMSS-BIENESTAR
AÑO DEL RECUPERO
2026

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		1.5 VER					2.5 ORI						3.5 X			4.5 AO											TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RÍO	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	HOSPITAL GENERAL TLALIXCOYAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DE ALVARADO	C.E.S.S.A SOLEDAD DE DOBLADO	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. VICTOR MANUEL TEJEDA GONZÁLEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DE ACAYUCAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O TUXTEPEC	HOSPITAL GENERAL COMUNITARIO DE TEHUACÁN	HOSPITAL GENERAL DE LA COMUNIDAD O CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL SAN MIGUEL TUXTLA DE ROMANO PERA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O SOTEAPAN Y SAN PEDRO LAS COLINAS REGIÓN DE LÓPEZ MATEOS	HOSPITAL DE LA MUJER ACAYUCAN	HOSPITAL GENERAL DE PLAYA VICENTE	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS DR. VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DEL PODER CONFORME MORA	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLÁN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O SAN PABLO A.	HOSPITAL COMUNITARIO DE DEMETRIO MEGALE	HOSPITAL GENERAL DE TEMPOAL	C.E.S.S.A. ENTRONQUE APAN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE ALLENDE, XXII	CENTRO DE SALUD RÍO BLANCO	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS	CENTRO DE SALUD CUATLAPANGA					
		1.165	ANTICUERPOS ANTI MUSCULO LISO	PRUEBA	MÁXIMO												3													14	7	$ 493.00	$ 6,902.00	$ 3,451.00
					MÍNIMO												1																		
		1.166	ANTICUERPOS ANTI RO (SS-A)	PRUEBA	MÁXIMO												4													15	8	$ 493.00	$ 7,888.00	$ 3,944.00
					MÍNIMO												2																		
		1.167	ANTICUERPOS ANTI TIROGLOBULINA	PRUEBA	MÁXIMO																									7	5	$ 289.00	$ 2,023.00	$ 1,445.00
					MÍNIMO																														
		1.168	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA IGG	PRUEBA	MÁXIMO												4													14	8	$ 431.00	$ 6,034.00	$ 3,448.00
					MÍNIMO												2																		
		1.169	ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA IGM	PRUEBA	MÁXIMO												4													14	8	$ 431.00	$ 6,034.00	$ 3,448.00
					MÍNIMO												2																		
		1.170	ANTICUERPOS ANTICISTICERCO EN LCR	PRUEBA	MÁXIMO																									8	5	$ 522.00	$ 5,132.00	$ 2,610.00
					MÍNIMO																														
		1.171	ANTICUERPOS ANTICISTICERCO EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																									8	6	$ 525.00	$ 4,200.00	$ 3,150.00
					MÍNIMO																														
		1.172	ANTICUERPOS ANTI-DNA NATIVO	PRUEBA	MÁXIMO																									9	6	$ 493.00	$ 3,944.00	$ 2,958.00
					MÍNIMO																														
		1.173	ANTICUERPOS ANTIESPIGALEOS IGG	PRUEBA	MÁXIMO												3													10	7	$ 493.00	$ 4,930.00	$ 3,451.00
					MÍNIMO												2																		
		1.174	ANTICUERPOS ANTIESPIGALEOS IGM	PRUEBA	MÁXIMO												3													10	7	$ 493.00	$ 4,930.00	$ 3,451.00
					MÍNIMO												1																		
		1.175	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIA IgG	PRUEBA	MÁXIMO																									10	5	$ 493.00	$ 4,930.00	$ 2,465.00
					MÍNIMO																														
		1.176	ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIA IgM	PRUEBA	MÁXIMO																									7	4	$ 534.00	$ 3,815.00	$ 2,218.00
					MÍNIMO																														
		1.177	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	PRUEBA	MÁXIMO																									12	8	$ 534.00	$ 6,648.00	$ 4,432.00
					MÍNIMO																														
		1.178	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (E)	PRUEBA	MÁXIMO																									18	10	$ 534.00	$ 9,612.00	$ 5,340.00
					MÍNIMO																														
		1.179	ANTICUERPOS FLUORESCENTES ANTI TRIZIVIRINA	PRUEBA	MÁXIMO																									15	9	$ 534.00	$ 8,310.00	$ 4,986.00
					MÍNIMO																														
		1.180	ANTICUERPOS P-ANCA/MPO (CITOPLASMA NEUTROFILOS)	PRUEBA	MÁXIMO																									9	5	$ 534.00	$ 4,986.00	$ 2,775.00
					MÍNIMO																														
		1.181	ANTIGENO AVIDEZ	PRUEBA	MÁXIMO																									5	3	$ 534.00	$ 2,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																														
		1.182	ANTIGENO DE rHuHg	PRUEBA	MÁXIMO																									8	7	$ 554.00	$ 4,432.00	$ 3,878.00
					MÍNIMO																														
		1.183	ANTIGENO HLA B27	PRUEBA	MÁXIMO																									3	2	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																														
		1.184	ANTIGENO RNP	PRUEBA	MÁXIMO																									4	3	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																														
		1.185	ANTIGENO Sm	PRUEBA	MÁXIMO																									4	3	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																														
		1.186	ANTETROMSINA III	PRUEBA	MÁXIMO																									15	10	$ 554.00	$ 8,310.00	$ 5,540.00
					MÍNIMO																														
		1.187	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE AVENA	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 534.00	$ 534.00	$ 534.00
					MÍNIMO																														
		1.188	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE AVENA	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 464.00	$ 464.00	$ 464.00
					MÍNIMO																														
		1.189	BENZODIAZEPINAS, ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																									21	7	$ 464.76	$ 9,144.00	$ 3,248.00
					MÍNIMO																														
		1.190	BETTA 2 MICROGLOBULINA EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																									14	8	$ 946.00	$ 13,244.00	$ 7,568.00
					MÍNIMO																														
		1.191	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE COCO	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 534.00	$ 534.00	$ 534.00
					MÍNIMO																														
		1.192	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CALAMATA	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 534.00	$ 534.00	$ 534.00
					MÍNIMO																														
		1.193	CALCITONINA	PRUEBA	MÁXIMO																									6	3	$ 561.00	$ 3,366.00	$ 1,683.00
					MÍNIMO																														
		1.194	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CAMARON	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 534.00	$ 534.00	$ 534.00
					MÍNIMO																														
		1.195	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CARNE DE POLLO	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 534.00	$ 534.00	$ 534.00
					MÍNIMO																														
		1.196	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CARNE DE RES	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 534.00	$ 534.00	$ 534.00
					MÍNIMO																														
		1.197	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CARNE DE RES	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 534.00	$ 534.00	$ 534.00
					MÍNIMO																														
		1.198	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE CASEINA	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 534.00	$ 534.00	$ 534.00
					MÍNIMO																														
		1.199	ANTICUERPOS ANTI ESM-B	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 534.00	$ 534.00	$ 534.00
					MÍNIMO																														

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS BCG
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

SESVER/DA/C-002/2026

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		JURISDICCIÓN 01					JURISDICCIÓN 02						JURISDICCIÓN 03				JURISDICCIÓN 04											TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RÍO	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	HOSPITAL GENERAL TLALIXCOYAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ALVARADO	C.E.S.S.A SOLEDAD DE DOBLADO	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. VÍCTOR MANUEL TIRADO GONZÁLEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SAN JOSÉ ACULTZINGO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLACOTALPAN	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA DOCTOR AGUSTÍN CONTRA	HOSPITAL GENERAL ZONA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL SAN MIGUEL TUXTLA DR. BERNARDO MORA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ACAYUCAN Y DEL ARC. CARMEN MEDICO DE LOPEZ MATEOS	HOSPITAL GENERAL DE COATZACOALCOS	HOSPITAL GENERAL DE COSOLEACAQUE	HOSPITAL REGIONAL DE MINATITLÁN DR. VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. RAFAEL CORONEL KAUFFER	HOSPITAL GENERAL DE CORDOBA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TOMATLAN	HOSPITAL COMUNITARIO DE CHACALTIANGUIS DR. CARLOS CASTRO	HOSPITAL GENERAL DE HUATUSCO	C.E.S.S.A.A. YANGA	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE ALVARADO, VER.	CENTRO DE SALUD NUEVA DULCE	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	CENTRO DE SALUD CRISTOBAL ALCOS					
		1.200	CICLOSPORINA	PRUEBA	MÁXIMO																										8		$ 554.00	$ 4,432.00	
					MÍNIMO																											8			$ 4,432.00
		1.201	CINÉTICA DE HIERRO	PRUEBA	MÁXIMO																										17		$ 300.00	$ 5,100.00	
					MÍNIMO																											15			$ 4,500.00
		1.202	CISTATINA C	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																											2			$ 1,108.00
		1.203	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE CLARA DE HUEVO	PRUEBA	MÁXIMO																										1		$ 483.00	$ 483.00	
					MÍNIMO																											1			$ 483.00
		1.204	COMPLEMENTO C3	PRUEBA	MÁXIMO																3										20		$ 403.00	$ 8,060.00	
					MÍNIMO																1											15			$ 6,045.00
		1.205	COMPLEMENTO C4	PRUEBA	MÁXIMO																3										19		$ 413.00	$ 7,847.00	
					MÍNIMO																1											14			$ 5,782.00
		1.206	COMPLEMENTO C5	PRUEBA	MÁXIMO																3										5		$ 403.00	$ 2,015.00	
					MÍNIMO																1											3			$ 1,209.00
		1.207	COMPLEMENTO CH50	PRUEBA	MÁXIMO																3										5		$ 403.00	$ 2,015.00	
					MÍNIMO																1											3			$ 1,209.00
		1.208	ANTICUERPOS AL	PRUEBA	MÁXIMO																										1		$ 554.00	$ 554.00	
					MÍNIMO																											1			$ 554.00
		1.209	ANTICUERPOS ACL	PRUEBA	MÁXIMO																										1		$ 554.00	$ 554.00	
					MÍNIMO																											1			$ 554.00
		1.210	BCR::ABL1	PRUEBA	MÁXIMO																										1		$ 554.00	$ 554.00	
					MÍNIMO																											1			$ 554.00
		1.211	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50%	PRUEBA	MÁXIMO																										6		$ 403.00	$ 2,418.00	
					MÍNIMO																											5			$ 2,015.00
		1.212	DEHIDROEPIANDROSTERONA-SULFATO	PRUEBA	MÁXIMO																										9		$ 300.00	$ 4,050.00	
					MÍNIMO																											5			$ 2,250.00
		1.213	DIDAL	PRUEBA	MÁXIMO																										10		$ 326.00	$ 3,260.00	
					MÍNIMO																											7			$ 2,282.00
		1.214	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE DURAZNO	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 574.00	$ 1,722.00	
					MÍNIMO																											3			$ 1,722.00
		1.215	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	PRUEBA	MÁXIMO																										8		$ 554.00	$ 4,432.00	
					MÍNIMO																											7			$ 3,878.00
		1.216	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																										8		$1,093.00	$ 8,744.00	
					MÍNIMO																											7			$ 7,651.00
		1.217	FACTOR IX	PRUEBA	MÁXIMO																										22		$1,093.00	$ 23,806.00	
					MÍNIMO																											13			$ 14,209.00
		1.218	FACTOR IX (%)	PRUEBA	MÁXIMO																										17		$2,466.00	$ 42,312.00	
					MÍNIMO																											11			$ 27,346.00
		1.219	FACTOR REUMATOIDE (SONDER-PLATZ)	PRUEBA	MÁXIMO																										47		$ 836.00	$ 39,292.00	
					MÍNIMO																											44			$ 36,784.00
		1.220	FACTOR XII VARIANTE	PRUEBA	MÁXIMO																										4		$ 516.00	$ 2,064.00	
					MÍNIMO																											4			$ 2,064.00
		1.221	FACTOR V	PRUEBA	MÁXIMO																										11		$ 300.00	$ 3,300.00	
					MÍNIMO																											9			$ 2,700.00
		1.222	FACTOR VON WILLEBRAND (SU)	PRUEBA	MÁXIMO																										13		$ 301.00	$ 16,430.00	
					MÍNIMO																											11			$ 8,823.00
		1.223	FENOBARBITAL	PRUEBA	MÁXIMO																										19		$ 309.00	$ 5,871.00	
					MÍNIMO																											11			$ 3,399.00
		1.224	FETOPROTEÍNA ALFA 1	PRUEBA	MÁXIMO																										13		$ 313.00	$ 4,069.00	
					MÍNIMO																											11			$ 3,443.00
		1.225	FETOPROTEÍNA ALFA 1 Mod	PRUEBA	MÁXIMO																										13		$ 498.00	$ 6,474.00	
					MÍNIMO																											11			$ 5,478.00
		1.226	FOSFATASA ACIDA	PRUEBA	MÁXIMO																										10		$ 498.00	$ 4,980.00	
					MÍNIMO																											7			$ 3,486.00
		1.227	FOSFATASA ALCALINA ÓSEA ESPECÍFICA	PRUEBA	MÁXIMO																										9		$ 149.00	$ 1,341.00	
					MÍNIMO																											6			$ 894.00
		1.228	HOMOCISTEÍNA EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																										10		$ 86.00	$ 860.00	
					MÍNIMO																											7			$ 602.00
		1.229	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	PRUEBA	MÁXIMO																										10		$ 834.00	$ 8,340.00	
					MÍNIMO																											7			$ 5,838.00
		1.230	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMEN)	PRUEBA	MÁXIMO																										8		$ 437.00	$ 3,496.00	
					MÍNIMO																											5			$ 2,185.00
		1.231	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMEN)	PRUEBA	MÁXIMO																										8		$ 368.00	$ 2,944.00	
					MÍNIMO																											5			$ 1,840.00
		1.232	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMEN)	PRUEBA	MÁXIMO																										8		$ 368.00	$ 2,944.00	
					MÍNIMO																											5			$ 1,840.00
		1.233	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMEN)	PRUEBA	MÁXIMO																										8		$ 368.00	$ 2,944.00	
					MÍNIMO																											5			$ 1,840.00
		1.234	HORMONA DE CRECIMIENTO BASAL	PRUEBA	MÁXIMO																										8		$ 368.00	$ 2,944.00	
					MÍNIMO																											5			$ 1,840.00
		1.235	HORMONA PARATIROIDEA (INTACT/HORMONA)	PRUEBA	MÁXIMO																3										31		$ 368.00	$ 11,408.00	
					MÍNIMO																1											14			$ 5,152.00
		1.236	IGG TOXOPLASMA AVIDEZ	PRUEBA	MÁXIMO																										13		$ 402.00	$ 5,226.00	
					MÍNIMO																											13			$ 5,226.00
		1.237	ANTICUERPO ESPECÍFICO 20 1	PRUEBA	MÁXIMO																										1		$ 675.00	$ 675.00	
					MÍNIMO																											1			$ 675.00
		1.238	LACTATO	PRUEBA	MÁXIMO																										18		$ 554.00	$ 9,972.00	
					MÍNIMO																											8			$ 4,384.00
		1.239	ANTICUERPO ESPECÍFICO IgE	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00	

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIC
AÑO DEL EJERCICIO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	AREA TECNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		1.1 HGZ					1.2 HR					1.3 HR					1.4 HE										TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MINIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MAXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MINIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE ÁREA (GS, HZ)	HOSPITAL GENERAL DE CAMAS	HOSPITAL GENERAL TLACOTALPAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D DE ALVARADO	C.E.S.S.A SOLEDAD DE DOBLADO	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPA DR. HECTOR MANUEL ARMAS GONZALEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D DE JOSE AZUETA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D TUXTILLA	HOSPITAL GENERAL DE TUXPAN ALVARO OBREGON CARDEL COBOS	HOSPITAL GENERAL SOLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRES TUXTLA DR. BERNARDO PEÑA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D TLACOLULAN, N DEL EDO CALIXTO MENDEZ DE LÓPEZ NEGRE	HOSPITAL GENERAL DE SOTEAPAN	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE	HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES ADOLF DEL VALLE ESPINO MARCOS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D DR. PEDRO CENOBIO MÉNDEZ	HOSPITAL COMUNITARIO DE CORDOBA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD PUEBLA D LA MUJER PUEBLA 5	HOSPITAL COMUNITARIO DE CUAUTLAPAN DEL SUBESTE	HOSPITAL GENERAL DE PEROTE 8	C.E.S.S.A TATAHUICAPAN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE ALVARADO, VER.	CENTRO DE SALUD RIO BLANCO	CENTRO DE SALUD CON EXTENSIÓN A CAMAS					
			LECHE DE VACA		MÍNIMO																															
		1.240	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE LEVADURA (S. cerevisiae)	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00		$ 1,108.00
					MÍNIMO																											2				
		1.241	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE LIMON,NARANJA,LIMA	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00		$ 1,108.00
					MÍNIMO																											2				
		1.242	IDENTIFICACIÓN DE TOXINA DE C. difficile	PRUEBA	MÁXIMO																										27		$ 554.00	$ 14,958.00		$ 14,958.00
					MÍNIMO																											22				
		1.243	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE MAIZ	PRUEBA	MÁXIMO																										1		$ 554.00	$ 554.00		$ 554.00
					MÍNIMO																											1				
		1.244	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE MANZANA	PRUEBA	MÁXIMO																										1		$ 554.00	$ 554.00		$ 554.00
					MÍNIMO																											1				
		1.245	METANEFRINAS EN ORINAS	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$ 554.00	$ 2,770.00		$ 1,662.00
					MÍNIMO																											3				
		1.246	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE MEZCLA DE NARICISOS FOSFINA (CANGREJO,ALMEJA)	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 1,090.00	$ 2,180.00		$ 2,180.00
					MÍNIMO																											2				
		1.247	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE NUEZ DE BRAZIL/CACAHUATE	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00		$ 1,108.00
					MÍNIMO																											2				
		1.248	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE PIÑA	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00		$ 1,108.00
					MÍNIMO																											2				
		1.249	PROTEINA C DE COAGULACION (%)	PRUEBA	MÁXIMO																										19		$ 554.00	$ 10,526.00		$ 7,756.00
					MÍNIMO																											14				
		1.250	PROTEINA S DE COAGULACION (%)	PRUEBA	MÁXIMO																										19		$ 430.00	$ 8,170.00		$ 6,019.00
					MÍNIMO																											14				
		1.251	HIDROHOMINA	PRUEBA	MÁXIMO																										8		$ 813.00	$ 6,504.00		$ 4,065.00
					MÍNIMO																											5				
		1.252	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE QUESO DE VACA	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 190.00	$ 570.00		$ 570.00
					MÍNIMO																											3				
		1.253	ANTICUERPO SCL-70	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00		$ 1,662.00
					MÍNIMO																											3				
		1.254	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE SOYA	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00		$ 1,662.00
					MÍNIMO																											3				
		1.255	ANTICUERPO ESPECIFICO SJ-2 DFI	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00		$ 1,662.00
					MÍNIMO																											3				
		1.256	ANTICUERPO ESPECIFICO SS-A (RO) (52 kDa, 60 kDa)	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00		$ 1,662.00
					MÍNIMO																											3				
		1.257	ANTICUERPO ESPECIFICO SS-B (LA)	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00		$ 1,662.00
					MÍNIMO																											3				
		1.258	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE TRIGO	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00		$ 1,662.00
					MÍNIMO																											3				
		1.259	ANTICUERPO ESPECIFICO IgE YEMA DE HUEVO	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00		$ 1,662.00
					MÍNIMO																											3				
		1.260	ANTICUERPOS ANTI TRIFOSFINA IgG	PRUEBA	MÁXIMO																										6		$ 554.00	$ 3,324.00		$ 3,324.00
					MÍNIMO																											6				
		1.261	ANTICUERPOS ANTI TRIFOSFINA IgM	PRUEBA	MÁXIMO																										9		$ 554.00	$ 4,986.00		$ 3,324.00
					MÍNIMO																											6				
		1.262	ANTICUERPOS ANTI DNA NATIVO	PRUEBA	MÁXIMO																										13		$ 554.00	$ 7,202.00		$ 4,986.00
					MÍNIMO																											9				
		1.263	CD34, 3, 4 Y 8 PARA MEDULA OSEA	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$ 554.00	$ 2,770.00		$ 1,108.00
					MÍNIMO																											2				
		1.264	ENOLASA	PRUEBA	MÁXIMO																										17		$ 2,878.00	$ 24,926.00		$ 18,702.00
					MÍNIMO																											9				
		1.265	CA 27.9	PRUEBA	MÁXIMO																										29		$ 213.00	$ 6,204.00		$ 4,804.00
					MÍNIMO																											22				
		1.266	ALFA GALACTOSIDASA	PRUEBA	MÁXIMO																										7		$ 688.50	$ 3,442.50		$ 1,354.00
					MÍNIMO																											4				
		1.267	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (AA)	PRUEBA	MÁXIMO																										16		$ 572.00	$ 9,152.00		$ 6,292.00
					MÍNIMO																											11				
		1.268	NIVELES SERICOS DE LITIO	PRUEBA	MÁXIMO																										21		$ 554.00	$ 11,634.00		$ 3,324.00
					MÍNIMO																											6				
		1.269	TRANSFERRINA	PRUEBA	MÁXIMO																										8		$ 225.00	$ 1,800.00		$ 1,293.00
					MÍNIMO																											6				
		1.270	ANTICUERPOS PARA MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS IgG	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 310.00	$ 930.00		$ 930.00
					MÍNIMO																											3				
		1.271	ANTICUERPOS PARA MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS IgM	PRUEBA	MÁXIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00		$ 1,662.00
					MÍNIMO																											3				
		1.272	ANTICUERPOS ANTI HERPES VIRUS 2 IGG	PRUEBA	MÁXIMO																										6		$ 554.00	$ 3,324.00		$ 2,770.00
					MÍNIMO																											5				
		1.273	ANTICUERPOS ANTI HERPES VIRUS 2 IGM	PRUEBA	MÁXIMO																										6		$ 554.00	$ 3,324.00		$ 2,770.00
					MÍNIMO																											5				
		1.274	ANTIGENO HELICOBACTER PYLORI	PRUEBA	MÁXIMO																										7		$ 554.00	$ 3,878.00		$ 2,770.00
					MÍNIMO																											5				
		1.275	CARGA VIRAL VIH	PRUEBA	MÁXIMO																										1		$ 554.00	$ 554.00		$ 554.00
					MÍNIMO																											1				

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS - BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADP.

VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		I.S.S.S.					I.S.S.S.						I.S.S.S.			I.S.S.S.															TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DR. RICA DEL RÍO	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	HOSPITAL GENERAL TLALNELHUAYOCAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ALVARADO	C.E.S.S.A. IGNACIO DE LA LLAVE	HOSPITAL GENERAL COATEPEC NUM. DE CAMAS 60 (SESENTA)	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SOLEDAD DE DOBLADO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLACOTALPAN	HOSPITAL GENERAL DE TUXPAN BLANCA ROSA GIL ESPINOSA CORONA	HOSPITAL GENERAL ISLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SAN ANDRES TUXTLA DR. BERNARDO MTNZ.	HOSPITAL GENERAL Tuxtla	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SOTEAPAN (MANUEL ROMERO VERGARA)	HOSPITAL GENERAL DE OLUTA ACAYUCAN	HOSPITAL GENERAL CERRO DE ORO	HOSPITAL REGIONAL DE CUENCAS ALTOS DR. ROLANDO ORTIZ FARIAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. PEDRO CONTRERAS JÍMEZ	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE TEMIXCO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. LAUREANO PEREZ RIVERA	HOSPITAL GENERAL DE VERACRUZ DR. MIGUEL DOUBRETSIS	HOSPITAL GENERAL DE TANTOYUCA	C.E.S.S.A. TATAHUICAPAN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA COMUNIDAD DE ALAMO, VER.	CENTRO DE SALUD NUEVA ZHACA	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	CENTRO DE SALUD COATZACOALCOS					
		1.276	CARGA VIRAL HCV	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$3,344.00	$ 3,344.00	
					MÍNIMO																														1			$ 3,344.00
		1.277	CARGA VIRAL HIV1	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$2,892.00	$ 2,892.00	
					MÍNIMO																														1			$ 2,892.00
		1.278	CARGA VIRAL HERPES TIPO 1	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$5,742.00	$ 5,742.00	
					MÍNIMO																														1			$ 5,742.00
		1.279	CARGA VIRAL HERPES TIPO 2	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$3,344.00	$ 3,344.00	
					MÍNIMO																														1			$ 3,344.00
		1.280	INMUNOFENOTIPO VCV	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$3,344.00	$ 3,344.00	
					MÍNIMO																														1			$ 3,344.00
		1.281	INMUNOFENOTIPO HSS	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$5,742.00	$ 5,742.00	
					MÍNIMO																														1			$ 5,742.00
		1.282	SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$5,742.00	$ 5,742.00	
					MÍNIMO																														1			$ 5,742.00
		1.283	WESTER BLOT VIH 1 Y 2	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$2,729.00	$ 2,729.00	
					MÍNIMO																														1			$ 2,729.00
		1.284	CARIOTIPO	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$2,402.00	$ 2,402.00	
					MÍNIMO																														1			$ 2,402.00
		1.285	INMUNOFENOTIPO BASICO	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$3,986.00	$ 3,986.00	
					MÍNIMO																														1			$ 3,986.00
		1.286	INMUNOFENOTIPO LDC	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$5,742.00	$ 5,742.00	
					MÍNIMO																														1			$ 5,742.00
		1.287	INMUNOFENOTIPO LAL	PRUEBA	MÁXIMO																													9		$5,742.00	$ 51,678.00	
					MÍNIMO																														9			$ 51,678.00
		1.288	CARGA VIRAL LNV	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$5,742.00	$ 5,742.00	
					MÍNIMO																														1			$ 5,742.00
		1.289	PCR Mycobacterium tuberculosis var hominis	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$5,742.00	$ 5,742.00	
					MÍNIMO																														1			$ 5,742.00
		1.290	CULTIVO PARA M. tuberculosis	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$1,719.00	$ 1,719.00	
					MÍNIMO																														1			$ 1,719.00
		1.291	FACTOR VIII DE COAGULACION	PRUEBA	MÁXIMO																													3		$ 326.00	$ 978.00	
					MÍNIMO																														3			$ 978.00
		1.292	FACTOR XI DE COAGULACION	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 331.00	$ 331.00	
					MÍNIMO																														1			$ 331.00
		1.293	FACTOR DE W. WILLEBRAND	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 578.00	$ 578.00	
					MÍNIMO																														1			$ 578.00
		1.294	TIROGLOBULINA	PRUEBA	MÁXIMO																													3		$ 579.00	$ 1,737.00	
					MÍNIMO																														3			$ 1,737.00
		1.295	BANDAS OLIGOCLONALES	PRUEBA	MÁXIMO																													1		******	$ 11,570.00	
					MÍNIMO																														1			$ 11,570.00
		1.296	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$2,093.00	$ 2,093.00	
					MÍNIMO																														1			$ 2,093.00
		1.297	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 482.00	$ 482.00	
					MÍNIMO																														1			$ 482.00
		1.298	INMUNOFIJACION EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 482.00	$ 482.00	
					MÍNIMO																														1			$ 482.00
		1.299	INMUNOFIJACION EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$1,366.00	$ 1,366.00	
					MÍNIMO																														1			$ 1,366.00
		1.300	TAMIZ NEONATAL AMPLIADO	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$3,085.00	$ 3,085.00	
					MÍNIMO																														1			$ 3,085.00
		1.301	TAMIZ NEONATAL R	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$1,832.00	$ 1,832.00	
					MÍNIMO																														1			$ 1,832.00
		1.302	TAMIZ NEONATAL Plat	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$1,832.00	$ 1,832.00	
					MÍNIMO																														1			$ 1,832.00
		1.303	ELECTROLITOS URINARIOS (Na, K, Cl)	PRUEBA	MÁXIMO																5													29		$ 51.00	$ 1,479.00	
					MÍNIMO																1														13			$ 663.00
		1.304	ACIDO URICO UROANALISIS	PRUEBA	MÁXIMO																5													6		$ 17.00	$ 102.00	
					MÍNIMO																1														2			$ 34.00
		1.305	UREA UROANALISIS	PRUEBA	MÁXIMO																6													6		$ 29.00	$ 204.00	
					MÍNIMO																1														2			$ 68.00
		1.306	INMUNOFENOTIPO LAL: (CD 10), (CD 22), (CD 34), (CD79a), (Cy-mu CD3), (MPO/CD117/CD13/CD7)	PRUEBA	MÁXIMO																													5		$5,742.00	$ 28,710.00	
					MÍNIMO																														5			$ 28,710.00
		1.307	(CD 22), (CD 57/CD 22), INV (9; 22) Translocation /	PRUEBA	MÁXIMO																													3		$5,742.00	$ 17,226.00	
					MÍNIMO																														3			$ 17,226.00
		1.308	Cx 12-4	PRUEBA	MÁXIMO																													5		$ 565.00	$ 2,825.00	
					MÍNIMO																														5			$ 2,825.00
		1.309	ACIDO FOSFATIDICO	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 222.00	$ 222.00	
					MÍNIMO																														1			$ 222.00
	PRUEBAS	1.310	ANFIMA II	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 556.00	$ 556.00	

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIC
AÑO DEL RECURSO
206

SESVER/DJ/06820 26
ADQ

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		J.S. VIII					J.S. IX						J.S. X			J.S. XI														TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RÍO	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	HOSPITAL GENERAL TLALIXCOYAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ALVARADO	C.E.S.S.A. SOLEDAD DE DOBLADO	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. VÍCTOR MANUEL PITALÚA GONZÁLEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE JOSÉ AZUETA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLACOJALPAN	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA JESÚS GARCÍA CORONA	HOSPITAL GENERAL ISLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRÉS TUXTLA DR. BERNARDO PEÑA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible]	HOSPITAL GENERAL DE OLUTA-ACAYUCAN	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible]	HOSPITAL COMUNITARIO [illegible]	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD [illegible]	HOSPITAL COMUNITARIO [illegible]	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLÁN	C.E.S.S.A. [illegible]	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN [illegible]	CENTRO DE SALUD [illegible]	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	CENTRO DE SALUD [illegible]					
					MÍNIMO																														1			$ 554.00
		1.311	ANTI EVB IgM	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 554.00	$ 554.00	
					MÍNIMO																														1			$ 554.00
		1.312	ANTICUERPOS ANTI EPSTEIN BARR	PRUEBA	MÁXIMO																													4		$ 424.00	$ 1,696.00	
					MÍNIMO																														2			$ 848.00
		1.313	ANTICUERPOS ANTICELULAS PARIETALES	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 424.00	$ 424.00	
					MÍNIMO																														1			$ 424.00
		1.314	BARBITURATOS ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 848.00	$ 848.00	
					MÍNIMO																														1			$ 848.00
		1.315	CANNABINOIDES ORINA	PRUEBA	MÁXIMO	5																												6		$1,167.00	$ 7,002.00	
					MÍNIMO	3																													4			$ 4,668.00
		1.316	CITOMEGALOVIRUS AVIDEZ	PRUEBA	MÁXIMO																		3											4		$ 402.00	$ 1,608.00	
					MÍNIMO																		1												2			$ 804.00
		1.317	CKMB ISOENZIMAS	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 127.00	$ 127.00	
					MÍNIMO																														1			$ 127.00
		1.318	COCAINA EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO	5																												6		$1,167.00	$ 7,002.00	
					MÍNIMO	3																													4			$ 4,668.00
		1.319	GAMMAGLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 223.00	$ 223.00	
					MÍNIMO																														1			$ 223.00
		1.320	HEMOSIDERINA EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 127.00	$ 127.00	
					MÍNIMO																														1			$ 127.00
		1.321	HOMOCISTEÍNA EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 96.00	$ 96.00	
					MÍNIMO																														1			$ 96.00
		1.322	OPIACEOS EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$1,167.00	$ 1,167.00	
					MÍNIMO																														1			$ 1,167.00
		1.323	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 18.00	$ 18.00	
					MÍNIMO																														1			$ 18.00
		1.324	ADA (M. tuberculosis)	PRUEBA	MÁXIMO																													5		$ 986.00	$ 4,930.00	
					MÍNIMO																														5			$ 4,930.00
		1.325	HBc Ag	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 711.00	$ 711.00	
					MÍNIMO																														1			$ 711.00
		1.326	HBs Ag	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 711.00	$ 711.00	
					MÍNIMO																														1			$ 711.00
		1.327	HBe Ag	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 711.00	$ 711.00	
					MÍNIMO																														1			$ 711.00
		1.328	Hav Ag	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 711.00	$ 711.00	
					MÍNIMO																														1			$ 711.00
		1.329	NIVELES DE ALCOHOL EN SANGRE	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$1,167.00	$ 1,167.00	
					MÍNIMO																														1			$ 1,167.00
		1.330	TOXINA AB DE Clostridium difícile	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 711.00	$ 711.00	
					MÍNIMO																														1			$ 711.00
		1.331	GALACTOMANANO	PRUEBA	MÁXIMO																													2		$ 244.00	$ 488.00	
					MÍNIMO																														2			$ 488.00
		1.332	ANTICUERPOS IgG IgM SARS CoV-2	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 859.00	$ 859.00	
					MÍNIMO																														1			$ 859.00
		1.333	17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 223.00	$ 223.00	
					MÍNIMO																														1			$ 223.00
		1.334	SOMATOMEDINA C	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 95.00	$ 95.00	
					MÍNIMO																														1			$ 95.00
		1.335	ANTICUERPOS ANTI INSULINA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 554.00	$ 554.00	
					MÍNIMO																														1			$ 554.00
		1.336	ANTICUERPOS ANTI ISLOTES DE LANGERHANS	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 554.00	$ 554.00	
					MÍNIMO																														1			$ 554.00
		1.337	PEPTIDO C (INSULINA)	PRUEBA	MÁXIMO																													2		$ 339.00	$ 678.00	
					MÍNIMO																														2			$ 678.00
		1.338	SIROLIMUS	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 435.00	$ 435.00	
					MÍNIMO																														1			$ 435.00
		1.339	PEPTIDO C CITRULINADO	PRUEBA	MÁXIMO																		6											7		$ 339.00	$ 2,373.00	
					MÍNIMO																		3												4			$ 1,356.00
		1.340	DIGOXINA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 223.00	$ 223.00	
					MÍNIMO																														1			$ 223.00
		1.341	DIGITOXINA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 223.00	$ 223.00	
					MÍNIMO																														1			$ 223.00
		1.342	BETA 2 GLICOPROTEINA	PRUEBA	MÁXIMO																													3		$ 247.00	$ 741.00	
					MÍNIMO																														3			$ 741.00
		1.343	FACTOR V DE LEYDEN PROCOAGULABLE	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 689.00	$ 689.00	
					MÍNIMO																														1			$ 689.00
		1.344	MUTACION FACTOR V DE LEYDEN	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 689.00	$ 689.00	
					MÍNIMO																														1			$ 690.00
		1.345	ANTICUERPOS ANTIHISTONA	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 554.00	$ 554.00	
					MÍNIMO																														1			$ 554.00
		1.346	ANTICUERPOS ANTI LKM	PRUEBA	MÁXIMO																		3											4		$ 554.00	$ 2,216.00	
					MÍNIMO																		1												2			$ 1,108.00
		1.347	ANTICUERPOS ANTI Histoplasma capsulatum	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 554.00	$ 554.00	
					MÍNIMO																														1			$ 554.00
		1.348	INHIBIDORES DE FACTOR VIII	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 689.00	$ 689.00	
					MÍNIMO																														1			$ 689.00
		1.349	ANTICUERPOS ANTI	PRUEBA	MÁXIMO																													1		$ 689.00	$ 689.00	

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		3.5 HSS					3.6 HS						3.8 H			3.9 AE												TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE RÍO DEL NTE.	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	HOSPITAL CIVIL DE TLAJOYUCA AN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ATZALAN	C.E.S.S.A. SOLEDAD DE DOBLADO	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. HECTOR MANUEL PITALUA GONZALEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE JESÚS AUSTIN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D ALVARO OBREGON	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD C TLACOLULAN	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA DOLO. GARCÍA CORONA	HOSPITAL GENERAL SOLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRES TUXTLA DR. BERNARDO PEÑA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D FLORILOPAN, N DEL RÍO CAMERA DRGO. DE LÓPEZ MEZA	HOSPITAL GENERAL DE COATZACOALCOS	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS DR. VALENTÍN GOMEZ FARIAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D SRL. FIDEL CONCHEL REYES	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TONALAPAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D LA LAGUNA, PEMUXTLA D	HOSPITAL COMUNITARIO EL DE L. EMILIANO DEL AGUSTIN	HOSPITAL GENERAL DR. NORATTILA N	C.E.S.S.A. TATAHUICAPAN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZ. AGEB DE LA LOCALIDAD DE ALAZAN, VER.	CENTRO DE SALUD AGUA DULCE	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	CENTRO DE SALUD COATZACOALCOS					
			CENTROMERO		MÁXIMO																															
					MÍNIMO																												1	1	$ 554.00	$ 554.00	$ 554.00
		3.350	ANTICUERPOS ANTI VARICELA ZOSTER	PRUEBA	MÁXIMO																												1	1	$1,227.00	$ 1,227.00	$ 554.00
					MÍNIMO																																	
		3.351	INVESTIGACION DE MICOTICOS EN SANGRE	PRUEBA	MÁXIMO																												1	1	$ 955.00	$ 955.00	$ 955.00
					MÍNIMO																																	
		3.352	INVESTIGACION DE ENTEROVIRUS EN LCR	PRUEBA	MÁXIMO																												1	1	$ 554.00	$ 554.00	$ 554.00
					MÍNIMO																																	
		3.353	ANTICUERPOS ANTI LEISHMANIA	PRUEBA	MÁXIMO																												1	1	$ 761.00	$ 761.00	$ 761.00
					MÍNIMO																																	
		3.354	CADENAS KAPPA Y LAMBDA EN SANGRE	PRUEBA	MÁXIMO																												1	1	$ 361.00	$ 361.00	$ 361.00
					MÍNIMO																																	
		3.355	CADENAS KAPPA Y LAMBDA EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																												1	1	$ 361.00	$ 361.00	$ 361.00
					MÍNIMO																																	
		3.356	ANTILEOPINO EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO	16																											16	4	$4,030.00	$ 64,480.00	$ 16,120.00
					MÍNIMO	3																															
		3.357	ABSORC. D-XILOSA (ORINA)(2)	PRUEBA	MÁXIMO																												1	0	$ 554.00	$ 554.00	$ -
					MÍNIMO																																	
		3.358	AC ADRENALES	PRUEBA	MÁXIMO																												1	0	$ 554.00	$ 554.00	$ -
					MÍNIMO																																	
		3.359	AC ANTI AMIBA	PRUEBA	MÁXIMO																												1	0	$ 554.00	$ 554.00	$ -
					MÍNIMO																																	
		3.360	AC ANTI BETA 2GP 1 (IGG, IGA, IGM)	PRUEBA	MÁXIMO																10												16	5	$ 554.00	$ 8,864.00	$ 2,770.00
					MÍNIMO																3																	
		3.361	AC ANTI CLEACINA (M)	PRUEBA	MÁXIMO																												6	6	$ 554.00	$ 3,324.00	$ 3,324.00
					MÍNIMO																																	
		3.362	AC ANTI HISTONAS (M-V)	PRUEBA	MÁXIMO																												3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																																	
		3.363	AC ANTI HLA (PRA) (L-I)	PRUEBA	MÁXIMO																												3	2	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																																	
		3.364	AC ANTI INSULINA (M)	PRUEBA	MÁXIMO																												2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																																	
		3.365	AC ANTI ISLOTES DE LANGERHANS (M)	PRUEBA	MÁXIMO																												4	4	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 2,216.00
					MÍNIMO																																	
		3.366	AC ANTI LEZO-PRUEBA CONFIRMATORIA IGG E IGM	PRUEBA	MÁXIMO																												3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																																	
		3.367	AC ANTI LISTERIA IgG (L)	PRUEBA	MÁXIMO																												3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																																	
		3.368	AC ANTI MUSCULO LISO	PRUEBA	MÁXIMO																												3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																																	
		3.369	AC ANTI RECEPTOR FSH (E)	PRUEBA	MÁXIMO																												4	4	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 2,216.00
					MÍNIMO																																	
		3.370	AC ANTI VARICELA/ZOSTER (L)	PRUEBA	MÁXIMO																												4	4	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 2,216.00
					MÍNIMO																																	
		3.371	AC ANTIGENO HEPATICO SOLUBLE	PRUEBA	MÁXIMO																												3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																																	
		3.372	AC CENTROMERO (CENP-B) (PRU V)	PRUEBA	MÁXIMO																												5	5	$ 554.00	$ 2,770.00	$ 2,770.00
					MÍNIMO																																	
		3.373	AC CITOSOL HEPATOCITO**	PRUEBA	MÁXIMO																												2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																																	
		3.374	AC CONFRA AG ASOCIADOS A MIOSITIS	PRUEBA	MÁXIMO																												3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																																	
		3.375	AC E VIRUS B DE HEPATITIS (M-V)	PRUEBA	MÁXIMO																												2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																																	
		3.376	AC HISTOPLASMA CAPSULATUM (GP)**	PRUEBA	MÁXIMO																												5	5	$ 554.00	$ 2,770.00	$ 2,770.00
					MÍNIMO																																	
		3.377	AC LKM (V)	PRUEBA	MÁXIMO																												3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																																	
		3.378	AC Pericentrina (I-19 (V)	PRUEBA	MÁXIMO																												6	4	$ 554.00	$ 3,324.00	$ 2,216.00
					MÍNIMO																																	
		3.379	AC PEPTIDO C Citrulinado (M-S)	PRUEBA	MÁXIMO																												5	5	$ 554.00	$ 2,770.00	$ 2,770.00
					MÍNIMO																																	
		3.380	AC PROTEINA P RIBOSOMAL	PRUEBA	MÁXIMO																												2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																																	
		3.381	AC REC. ACETILCOLINA (L-I)	PRUEBA	MÁXIMO																												2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																																	
		3.382	AC s VIRUS B (S) HEPATITIS (M-V)	PRUEBA	MÁXIMO																												2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																																	
		3.383	AC VIRUS D DE HEPATITIS*	PRUEBA	MÁXIMO																												4	4	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 2,216.00
					MÍNIMO																																	
		3.384	ACLES VARILLA/MANEJADO (S)	PRUEBA	MÁXIMO																												5	3	$ 554.00	$ 2,770.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																																	
		3.385	ACTIVADOR HEPATICA	PRUEBA	MÁXIMO																												3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00

SESVER/DA/C-002/2026

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIENESTAR
AÑO DEL EJERCICIO
2026

SESVER/DJ/0662026
ADQ

SESVER/DIAFC-002/2026

ANEXO 2
MAXIMOS Y MINIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	CLAVE PRUEBA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		2.5 MSB					4.5 M						1.5 II			1.5 III											TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RÍO	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	HOSPITAL GENERAL TLALNELHUAYOCAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DE ACAYUCAN	C.S.S.S.A. SOLEDAD DE DOBLADO	HOSPITAL GENERAL COATZACOALCOS DR. RICTOR MANUEL PEDRUZA GONZALEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DE SOTE ALTO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O TUXTILLA XX	HOSPITAL GENERAL DE TUXPAN ALVARO MEDE GARCIA CUBRAS	HOSPITAL GENERAL 2024	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRES TUXTLAS DR. BERNARDO MTNZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O CATEMACO 2 (DR. RICARDO DE LA CRUZ MENDOZA, MEDICO CIRUJANO)	HOSPITAL GENERAL DE COATZACOALCOS	HOSPITAL GENERAL DE CUITLAHUAC	HOSPITAL REGIONAL DE CUATACAMALCAN EN VILLORTA GOMEZ FARIAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O DR. PEDRO CONDE MEDEZ	HOSPITAL COMUNITARIO XICOTENCATL	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD O LA LAGUNA HORCASITAS	HOSPITAL COMUNITARIO DEL SURESTE	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ	C.S.S.S.A. TATAHUICAPAN	CUIDADO DE SALUD CON HOSPITALES ACCIÓN DE LA COMUNIDAD DEL SOCONUSCO, VER.	CENTRO DE SALUD AGUA DULCE	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	CENTRO DE SALUD CUICHAPA HUEYO					
					MÍNIMO																															
		1.386	ADENOSIN DEAMINASA EN LIQUIDO DE ASCITIS	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.387	ADENOSIN DEAMINASA EN LIQUIDO PLEURAL	PRUEBA	MÁXIMO																										2	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.388	AG CYFRA 21 (M-S)	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.389	AG HLA-B27	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.390	AG o VIRUS B DE HEPATITIS	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.391	ALDOLASA	PRUEBA	MÁXIMO																3										6	4	$ 352.00	$ 2,112.00	$ 1,408.00
					MÍNIMO																1															
		1.392	ALOANTICUERPOS PRE-TRASPLANTE	PRUEBA	MÁXIMO																										2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																															
		1.393	ALOANTICUERPOS PRE-TRASPLANTE I	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.394	ALOANTICUERPOS PRE-TRASPLANTE (DONANTE CADAVERICO)	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.395	ANDROSTENEDIONA	PRUEBA	MÁXIMO																										4	4	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 2,216.00
					MÍNIMO																															
		1.396	ANTI ACUAPORINA 4	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.397	ANTIGENO HISTOPLASMA CAPSULATUM **	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.398	ANTITRIPSINA ALFA 1	PRUEBA	MÁXIMO																										2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																															
		1.399	APOLIPOPROTEINAS A1 Y B	PRUEBA	MÁXIMO																										2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																															
		1.400	CAD. KAPPA Y LAMBDA LIBRES EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																										4	4	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 2,216.00
					MÍNIMO																															
		1.401	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																										2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																															
		1.402	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS EN PLASMA	PRUEBA	MÁXIMO																										2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																															
		1.403	CERULOPLASMINA	PRUEBA	MÁXIMO																										4	4	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 2,216.00
					MÍNIMO																															
		1.404	CICLOSPORINA EN SANGRE TOTAL	PRUEBA	MÁXIMO																										1	1	$ 554.00	$ 554.00	$ 554.00
					MÍNIMO																															
		1.405	CISTATINA C (H-2)	PRUEBA	MÁXIMO																										1	1	$ 554.00	$ 554.00	$ 554.00
					MÍNIMO																															
		1.406	CITRATO EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																										1	1	$ 554.00	$ 554.00	$ 554.00
					MÍNIMO																															
		1.407	CUANTIF. DE MUCOPOLISACARIDOS	PRUEBA	MÁXIMO																										1	1	$ 554.00	$ 554.00	$ 554.00
					MÍNIMO																															
		1.408	DEOXIORINA EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.409	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN LIQUIDOS	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.410	FAGOLISIS OSMÓTICA EN ERITROCITOS	PRUEBA	MÁXIMO																										2	2	$ 554.00	$ 1,108.00	$ 1,108.00
					MÍNIMO																															
		1.411	FIJACION BOVINES (FIJAR Y FIJA. CROMOSOMA PERIFERICA) 10% EDICOLA L	PRUEBA	MÁXIMO																										8	8	$ 554.00	$ 4,432.00	$ 4,432.00
					MÍNIMO																															
		1.412	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS TIPO IGG IGA	PRUEBA	MÁXIMO																										4	4	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 2,216.00
					MÍNIMO																															
		1.413	GENOTIPO HCV**	PRUEBA	MÁXIMO																										4	4	$ 554.00	$ 2,216.00	$ 2,216.00
					MÍNIMO																															
		1.414	HLA-A DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.415	HLA-A, B Y DRB1 DE BAJA RESOLUCION	PRUEBA	MÁXIMO																										5	5	$ 554.00	$ 2,770.00	$ 2,770.00
					MÍNIMO																															
		1.416	HLA-B DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.417	HLA-CW DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	MÁXIMO																										10	10	$ 554.24	$ 5,542.40	$ 5,542.40
					MÍNIMO																															
		1.418	HLA-DQB1 DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	MÁXIMO																										3	3	$ 554.00	$ 1,662.00	$ 1,662.00
					MÍNIMO																															
		1.419	HLA-DQB1 DE ALTA RESOLUCION	PRUEBA	MÁXIMO																										5	5	$ 554.00	$ 2,770.00	$ 2,770.00
					MÍNIMO																															
		1.420	HORMONA ANTI	PRUEBA	MÁXIMO																										6	6	$ 555.52	$ 3,333.12	$ 3,333.12

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		A.S.MIX					C.S.IV						XS.V			XS.M										TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE MEDIA (DEL NTE)	HOSPITAL GENERAL DE CAMERI	HOSPITAL GENERAL TUXPAN AM	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE DIC. ALAMARIO	C.E.S.S.A SEGUIDAD DE DOLAGO	HOSPITAL GENERAL COMUNIDAD MARIA DEL SOCORRO HIDALGO, PEROLES	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SOSA AGUSTA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLACOTALP AN	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA DEGO. CALLEN CORONA	HOSPITAL GENERAL ZONA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRES TUXTLA DE BERNARDO ANTA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SOTEAPAN Y DEL RIO CAIMEX BELLOTE DE LOPEZ MATEOS	HOSPITAL GENERAL DE COATZACOALCOS	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS DR. VALENTIN GOMEZ FARIAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DEL PASO DE CORRIENTES MEDIO	HOSPITAL COMUNITARIO DE CONSTANTINA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LA LAGUNA (PEMEX) S	HOSPITAL REFERENCIA DE SALUD DE ACAYUCAN DRA. ALBERTA	HOSPITAL GENERAL DE PEROTE LA	C.E.S.S.A TATAHUICAPAN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA ALVARADO DE JALAPA, DEL	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA ALVARADO DE JALAPA, DEL	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN AGUILERA				
			PRUEBA DE**		MÁXIMO																									6		$ 3,333.33	
		1.431	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROGLOBULINA (ATG)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00
		1.432	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROPEROXIDASA (ATPO)	PRUEBA	MÁXIMO																									4		$ 554.00	$ 2,216.00	
					MÍNIMO																										4		$ 554.00	$ 2,216.00
		1.433	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									2		$ 554.00	$ 1,108.00	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00
		1.434	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									2		$ 554.00	$ 1,108.00	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00
		1.435	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									4		$ 554.00	$ 2,216.00	
					MÍNIMO																										4		$ 554.00	$ 2,216.00
		1.436	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00
		1.437	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									4		$ 868.00	$ 3,472.00	
					MÍNIMO																										4		$ 868.00	$ 3,472.00
		1.438	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									2		$ 555.00	$ 1,110.00	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00
		1.439	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									2		$ 554.00	$ 1,108.00	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00
		1.440	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									2		$ 554.00	$ 1,108.00	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00
		1.441	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									2		$ 720.00	$ 670.00	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 670.00
		1.442	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00
		1.443	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									2		$ 554.00	$ 1,108.00	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00
		1.444	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00
		1.445	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00
		1.446	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00
		1.447	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00
		1.448	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									2		$ 554.00	$ 1,108.00	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00
		1.449	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00
		1.450	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00
		1.451	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 554.00	$ 1,662.00	
					MÍNIMO																										3		$ 554.00	$ 1,662.00
		1.452	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									2		$ 554.00	$ 1,108.00	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00
		1.453	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									64		$3,631.00	$ 231,744.00	
					MÍNIMO																										41				$ 148,481.00
		1.454	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$ 951.00	$ 4,755.00	
					MÍNIMO																										2				$ 1,902.00
		1.455	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									6		$ 311.87	$ 1,867.83	
					MÍNIMO																										2				$ 623.61
		1.456	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									2		$ 554.00	$ 1,108.00	
					MÍNIMO																										1		$ 609.40	$ 609.40	
		1.457	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$3,038.33	$ 15,191.65	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00	
		1.458	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$5,791.16	$ 28,958.20	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00	
		1.459	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$3,542.86	$ 10,626.00	
					MÍNIMO																										2		$ 554.00	$ 1,108.00	
		1.460	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$3,542.86	$ 10,626.00	
					MÍNIMO																										1		$ 554.00	$ 554.00	
		1.461	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$4,854.98	$ 12,162.00	
					MÍNIMO																										1		$ 554.00	$ 4,054.00	
		1.462	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 998.00	$ 2,994.00	
					MÍNIMO																										1		$ 998.00	$ 998.00	
		1.463	ANTICUERPOS CONTRA LA TIROTROPINA (ATR)	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$ 95.00	$ 285.00	

SECRETARÍA DE SALUD Y DE VERACRUZ
SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIÓN PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
RECURSO ESTATAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
LHSS - BIC
AÑO DEL EJERCICIO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUB-PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		I.E.418					I.E.517					I.E.1			I.E.11												TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RÍO	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	HOSPITAL GENERAL "DR. GUALBERTO AVA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D DE ALVARADO	C.S.S.S.A. REGIÓN DE SOTAVENTO	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DE VICTOR MANUEL MENDOZA GONZÁLEZ	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD B DE JOSÉ AGUILA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D TUXTEPEC	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEHUACÁN JESÚS GARCÍA CORONA	HOSPITAL GENERAL STLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRÉS TUXTLA DR. RAYMUNDO ABAD VERA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D SUCHILAPA Y DR. RAÚL CARMEN MORENO DE JÓRDAN MEXICO	HOSPITAL GENERAL DE OLUTA-ACAYUCAN	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE	HOSPITAL REGIONAL DE CUATICAPA ALCIDES VALENTÍN GALINDO NARANJO	HOSPITAL REGIONAL DE LA COMUNIDAD E-DR. PEDRO CORONEL REGLA	HOSPITAL REGIONAL DE LA COMUNIDAD	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD D DE LA LAGUNA PONIENTE D	HOSPITAL COMUNITARIO DE ZIHUATANEJO DR. EDMUNDO DEL MANZO	HOSPITAL GENERAL DE HUAUTLA	C.S.S.S.A. TUXPAN-GRAN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA COMUNIDAD DE ALAZÁN, MPA	CENTRO DE SALUD AGUA DULCE	CENTRO DE SALUD URBANO COATZA	CENTRO DE SALUD CUITLÁHUAC ACOS					
		1.454	MICROALBUMINA	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$ 422.00	$ 844.00	$ 91.00
					MÍNIMO																														$ 422.00
		1.455	ANTI NMDA	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$1,940.00	$ 3,880.00	$ 1,940.00
					MÍNIMO																														
		1.456	COBRE EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$1,330.00	$ 2,660.00	$ 1,330.00
					MÍNIMO																														
		1.457	COBRE EN ORINA	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$3,351.00	$ 6,702.00	$ 2,951.00
					MÍNIMO																														
		1.458	ANGIOTENSINA	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$ 620.00	$ 1,235.00	$ 610.00
					MÍNIMO																														
		1.459	25 HIDROXIVITAMINA D	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$ 660.00	$ 1,320.00	$ 660.00
					MÍNIMO																														
		1.460	17 OH PROGESTERONA	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$ 398.00	$ 796.00	$ 398.00
					MÍNIMO																														
		1.461	LACTOFERRINA	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$7,600.00	$ 15,200.00	$ 7,600.00
					MÍNIMO																														
		1.462	CALPROTECTINA FECAL CUANTITATIVA	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$1,175.00	$ 2,350.00	$ 1,175.00
					MÍNIMO																														
		1.463	ACIDOS SILIARES	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$1,020.00	$ 1,020.00	$ 1,020.00
					MÍNIMO																														
		1.464	PANEL METABÓLICO AMPLIADO	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$2,063.00	$ 4,126.00	$ 2,063.00
					MÍNIMO																														
		1.465	QUANTIFERON TB	PRUEBA	MÁXIMO																3									3	1	$2,343.00	$ 7,029.00	$ 2,343.00
					MÍNIMO																1														
		1.466	6 FOSFATO DESHIDROGENASA	PRUEBA	MÁXIMO																1									3	1	$ 600.00	$ 1,200.00	$ 600.00
					MÍNIMO																1														
		1.467	FACTOR XI	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$ 745.00	$ 1,490.00	$ 745.00
					MÍNIMO																														
		1.468	FACTOR XII	PRUEBA	MÁXIMO																									3	1	$ 821.00	$ 1,642.00	$ 821.00
					MÍNIMO																														
		1.469	HLT3-ZT01	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$6,922.00	$ 13,844.00	$ 6,922.00
					MÍNIMO																														
		1.470	PDGFB1	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$ 950.00	$ 1,900.00	$ 950.00
					MÍNIMO																														
		1.471	ZINC EN SUERO	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$1,155.00	$ 2,310.00	$ 1,155.00
					MÍNIMO																														
		1.472	ANTIGENO P24	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$ 574.00	$ 1,148.00	$ 574.00
					MÍNIMO																														
		1.473	ANTI GAD 65	PRUEBA	MÁXIMO																									2	1	$2,180.00	$ 4,360.00	$ 2,180.00
					MÍNIMO																														
		1.474	ANTICUERPOS ANTI-MOG EN LCR	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$1,320.00	$ 1,320.00	$ 1,320.00
					MÍNIMO																														
		1.475	EOSTICOSTINA	PRUEBA	MÁXIMO																									1	1	$ 663.33	$ 663.33	$ 663.33
					MÍNIMO																														
		1.476	PRUEBA RÁPIDA DUAL DE DIAGNÓSTICO IN VITRO PARA LA DETECCIÓN CUALITATIVA DEL ANTÍGENO (AG) DEL SARS-COV-2 E INFLUENZA A Y B, PARA REALIZACIÓN MEDIANTE PRUEBA UNITARIA.	PRUEBA	MÁXIMO																									20		$ 180.00	$ 1,800.00	
					MÍNIMO																										20				$ 3,600.00
		1.477	CHLAMYDIA TRACHOMATIS (PRUEBA RÁPIDA)	PRUEBA	MÁXIMO																									20		$ 72.00	$ 1,440.00	
					MÍNIMO																										20				$ 1,440.00
		1.478	PRUEBA RÁPIDA DE DIAGNÓSTICO IN VITRO PARA LA DETECCIÓN CUALITATIVA DE ANTICUERPOS ANTI-DENGUE IGG/IGM Y ANTÍGENO NS1 PARA REALIZACIÓN MEDIANTE PRUEBA UNITARIA.	PRUEBA	MÁXIMO																									20		$ 167.00	$ 3,340.00	
					MÍNIMO																										20				$ 3,340.00
		1.479	cyCD3 APC, CD45 V500C, cyMPO FITC, cyCD794 PE, CD3N PERCPCY 5, CD61 8 PE CY7, CD14APC, anCD3 APC H7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.480	CD22 APC	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.481	CD19 PE-Cy7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.482	CD127 APC	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.483	kd1 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.484	CD34 PerCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.485	CD45 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.486	CD33 PE	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.487	CD13 PE	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.488	sm IgM APC	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.489	cyIgM FITC	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.490	CD81 APC H7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.491	LAMBDA APC H7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.492	CD8 V450	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.493	CD21 V450	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.494	CD123 APC	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.495	NG2 PE	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.496	sm IgKappa V450	PRUEBA	MÁXIMO																									3		$1,344.00	$ 4,032.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.497	CD24 APC H7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.498	CD45 V500c	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00
		1.499	CD8 PE-CY7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5				$ 6,720.00

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ.

VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MINIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCION

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		3.5 MB					3.5 M					4.0 V			3.5 M												TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MINIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MAXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MINIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RÍO	HOSPITAL GENERAL DE CHICONTEPEC	HOSPITAL GENERAL TUXPAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE SOTEAPAN	C.C.E.S.S. SOLEDAD DE DOBLADO	HOSPITAL GENERAL COATZACOALCOS DR. MANUEL ORVAÑANOS PUEYLLA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE JESÚS AGUILAR	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE FILOBOBOS	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA DR. AGUSTÍN GARCÍA CORDOBA	HOSPITAL GENERAL ZONA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL SAN VICENTE CUENCA DE BOMBASO MVIO	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ILLICHIMPA DE CRUZ (EX CARMEN RICARDO DE LÓPEZ MATA)	HOSPITAL GENERAL DE COATZACOALCOS	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE	HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES DR. VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. PEDRO CENOBIO MENA	HOSPITAL COMUNITARIO DE TIERRA BLANCA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LA LAGUNA MORALES II	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLÁN	HOSPITAL GENERAL DE NARANJOS	C.E.E.S.S. TEZONAPAN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE ALAMO, VER.	CENTRO DE SALUD NUEVA DUNCE	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	CENTRO DE SALUD CONTAMOLINO					
1.500			CD117 PE	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.501			CD5 PerCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.502			CD38 PE-Cy7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.503			CD4 PerCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.504			CD2 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.505			CD99 PE	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.506			CD11a APC	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.507			CyCD3 V450	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.508			SMCD3 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.509			CD7 APC	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.510			HLA-DR V450, CD45 V500-C, CD64 FITC, CD13 PE, CD34 PERCP-CY5.5, CD117 PE-Cy7, CD11b APC, CD68 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.511			HLA-DR V450, CD45 V500-C, CD33 FITC, CD64 PE, CD34 PERCP-CY5.5, CD117 PE-Cy7, SSEM-2 APC, CD14 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.512			HLA-DR V450, CD45 V500-C, CD36 FITC, CD105 PE, CD34 PERCP-CY5.5, CD117 PE-Cy7, CD33 APC, CD71 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																									5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.513				PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.514			CD19 APC	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.515			CD66c PE	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.516			CD38 V450	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.517			CD38 APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.518			CD123 APC	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.519			CD13 PE	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.520			CD81 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.521			CD304 PE	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.522			CD45RA PE Cy7	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.523			CD2 PE	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.524			CD34 PE-Cy7	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.525			CD 56 PE-Cy7	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.526			CD 33 PERCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.527			TCRγδ FITC	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.528			TCRαβ PE	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.529			CD 64 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.530			CyTCRδ APC	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.531			CD13 PE	PRUEBA	MÁXIMO																										5		$1,344.00	$ 6,720.00	
					MÍNIMO																										5			$	$ 6,720.00
1.532			HLA-DR PERCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																										4		$1,344.00	$ 5,376.00	
					MÍNIMO																										4			$	$ 5,376.00
1.533			HLA-DR V450	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$1,345.00	$ 2,690.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 2,690.00
1.534			CD8	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$1,346.00	$ 2,692.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 2,692.00
1.535			ONEFLOW LST	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$3,496.00	$ 6,992.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 6,992.00
1.536			BCP-ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA PRO	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$6,200.00	$ 12,400.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 12,400.00
1.537			CD45RA FITC	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 298.00	$ 596.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 596.00
1.538			FCS7 427 IVD	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$5,826.00	$ 11,652.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 11,652.00
1.539			FCS 427 RUO	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$5,826.00	$ 11,652.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 11,652.00
1.540			CD138 BV 421	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 403.00	$ 806.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 806.00
1.541			CD27 BV650	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 317.00	$ 634.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 634.00
1.542			CD38 FITC	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 424.00	$ 848.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 848.00
1.543			CD56 PE	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 390.00	$ 780.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 780.00
1.544			CD45 perCP-Cy5.5	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 247.00	$ 494.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 494.00
1.545			IGA APC	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 459.00	$ 918.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 918.00
1.546			IGG APC-H7	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 365.00	$ 730.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 730.00
1.547			CD73 FITC CLONE 5 RUO	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 340.00	$ 680.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 680.00
1.548			CD10 PE (HI5A-7B) RUO	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 424.00	$ 848.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 848.00
1.549			CD38 PERCP-CY5.5 (NK RUO)	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 493.00	$ 986.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 986.00
1.550			CD19 PE-CY7 RUO/CE	PRUEBA	MÁXIMO																										2		$ 365.00	$ 730.00	
					MÍNIMO																										2			$	$ 730.00

30 JUN 2026
HSS-BCE
2026
SESVER/DJ/066/2026
ADQ

VERACRUZ 2024 - 2030 SS SESVER

ANEXO 2
MÁXIMOS Y MÍNIMOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POR UNIDAD
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN

PARTIDA	ÁREA TÉCNICA	SUBPARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA	UNIDAD		3.5 HB					3.5 M						3.5 H			3.6 M													TOTAL MÁXIMOS MENSUAL	TOTAL MÍNIMOS MENSUAL	PRECIO UNITARIO POR PRUEBA	SUBTOTAL MÁXIMOS MENSUAL	SUBTOTAL MÍNIMOS MENSUAL
						HOSPITAL GENERAL DE ROCA DEL REY	HOSPITAL GENERAL DE CANUAS	HOSPITAL GENERAL FLORENCIA DEL	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ALVARADO	C.E.S.S.A. TEJERO DE OBSIDIO	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. VICTOR MANUEL MENDOZA CERVERA	HOSPITAL DE LAS COMUNIDAD DE JOSE AZUETA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE PLAYA VICENTE	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TUXTEPEC	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA DRSE. GUILLERMINA CONCHAS	HOSPITAL GENERAL ZONA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CATEMACO	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	HOSPITAL GENERAL DEL SUR ALVARO FUENTES DE MANGANO PEÑA	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ACAYUCAN Y DEL HRT CAMPEON MUJICA DE LÓPEZ MATEOS	HOSPITAL GENERAL DE COATZACOALCOS	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE	HOSPITAL REGIONAL DE VERACRUZ ALCDTE. DR. VALENTIN GOMEZ FARIAS	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. RAUL ROJAS SORONELLAPEREZ	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLAN	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LA LAGUNA PORLAMAR II	HOSPITAL COMUNITARIO DE CHILTOYAC DEL NARANJO	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLAN II	C.E.S.S.A. TATAHUICAPAN	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE ACAYUCAN, VER.	CENTRO DE SALUD RÍO BLANCO	CENTRO DE SALUD CON CAMAS	CENTRO DE SALUD CORDOBA NORTE					
		3.551	C0200 APC (MRC GP-104) KUO	PRUEBA	MÁXIMO																											2		$ 770.00	$ 1,410.00	
					MÍNIMO																												2				$ 1,410.00
		3.552	C141 APC H7 (2020) KUO	PRUEBA	MÁXIMO																											2		$ 421.00	$ 842.00	
					MÍNIMO																												2				$ 842.00
		3.553	C031 HIVC	PRUEBA	MÁXIMO																											2		$ 142.00	$ 284.00	
					MÍNIMO																												2				$ 284.00
		3.554	C0300 PL	PRUEBA	MÁXIMO																											2		$ 189.20	$ 378.40	
					MÍNIMO																												2				$ 378.40
		3.555	HU SOM APC G30 127	PRUEBA	MÁXIMO																											2		$ 194.00	$ 388.00	
					MÍNIMO																												2				$ 388.00
		3.556	FC 8CADS (8421)	PRUEBA	MÁXIMO																											2		$6,293.00	$ 12,586.00	
					MÍNIMO																												2				$ 12,586.00
		3.557	FC 9CADS (8432)	PRUEBA	MÁXIMO																											2		$6,293.00	$ 12,586.00	
					MÍNIMO																												2				$ 12,586.00
		3.558	PHADH LYSE	PRUEBA	MÁXIMO																											2		$ 217.49	$ 434.98	
					MÍNIMO																												2				$ 434.98
		3.559	***ANTICUERPOS (PARA)	PRUEBA	MÁXIMO																											10		$7,500.00	$ 75,000.00	
					MÍNIMO																												10				$ 75,000.00
		3.560	***ANTICUERPOS (DONACIÓN EMERGENCIA)	PRUEBA	MÁXIMO																											10		*******	$ 198,160.60	
					MÍNIMO																												10				$ 198,160.60
		3.561	***COMPATIBILIDAD TRANSPLANTES	PRUEBA	MÁXIMO																											2		*******	$ 38,028.00	
					MÍNIMO																												2		$ -		$ 38,028.00
																																		SUBTOTAL	$ 40,265,291.49		$ 14,558,921.71
																																		IVA	$ 6,442,446.64		$ 2,329,429.07
																																		TOTAL MENSUAL	$ 46,707,738.13		$ 16,888,360.78
																																		TOTAL 3 MESES	$ 140,123,214.40		$ 50,665,082.35

***Este reactivo debe ser compatible con el equipo existente en el área especial de hospital con entrega de reactivo

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
RECIBIDO
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IHSS-BIE
AÑO EJERCICIO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

ANEXO 3
SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO
INSUMOS A CONSIDERAR CON EL SUMINISTRO DE PRUEBAS

1	Las pruebas de hematología incluyen los siguientes consumibles; tubo lilia, microtainer lilia, microtainer azul, equipo alado, colorante Wright, azul de cresil, buffer de fosfato, aceite de inmersión, portaobjetos, capilares, pipetas Pasteur, tubos de vidrio de 12 mm, escobillones para tubos de vidrio, cámara de Neubauer, metanol, tinciónes citoquímicas: mieloperoxidasa, estereasas dobles, Passhif y Pers.
2	Las pruebas de química clínica incluyen los siguientes consumibles; tubos rojos, microtainer rojos, tubo amarillo, microtainer amarillo, agua destilada, pizetas, aplicadores, puntas azules, puntas amarillas, papel parafilm, solución glucosada con saborizante vía oral, microtubos tipo Eppendorf.
3	Las pruebas de coagulación incluyen los siguientes consumibles; tubos azul de 2.7 ml, tubos azul de 1.8 ml, microtainer azul.
4	Las pruebas de gases y electrolitos incluyen los siguientes consumibles; jeringas con heparina de litio de 1 y 3ml.
5	Las pruebas de uroanálisis incluyen los siguientes consumibles; tubo de ensaye, frasco tapa roja, cubre objetos, colorante Sternheimer Malbin, colorante yodo lugol, tiras pH, azucares reductores, aplicadores de madera, Reactivo Sudán III, fenol en cristales.
6	Las pruebas de microbiología incluyen los siguientes consumibles; Espejo vaginal esteril desechable, cajas Petri estériles desechables, placas agar varias, frascos de agar, medio de transporte Stuart, tinción de Gram, botella AER, ANAE, mielocultivo, tinción de BAAR, Pastorex crypto plus, Pastorex streptpgroup, Pastorex staph plus, papel filtro, asas bacteriológicas desechables, hisopos para la toma de exudados, sensidiscos varios para antibiogramas.
7	Las pruebas de inmunología incluyen los siguientes consumibles; puntas amarillas, puntas azules, guantes CH-M-G, placas febriles, googles, cubrebocas, tubo verde, probetas de vidrio graduadas, vasos de precipitados, placa de porcelana cóncava con doce pozos.
8	Para los hospitales Regionales hasta tres juegos de pipetas múltiples de 20-200µ, 50-200µ y 200-1000µ por hospital al año y termómetros para medición de temperatura en refrigeradores (que incluya certificado de calibración en lo que dura la vigencia del contrato) Para los hospitales Generales hasta dos juegos de pipetas múltiples de 20-200µ, 50-200µ y 200-1000µ por hospital al año y termómetros para medición de temperatura en refrigeradores(que incluya certificado de calibración en lo que dura la vigencia del contrato) Para los hospitales Comunitarios hasta un juego de pipetas múltiples de 20-200µ, 50-200µ y 200-1000µ por hospital al año, y termómetros para medición de temperatura en refrigeradores (que incluya certificado de calibración en lo que dura la vigencia del contrato)
9	La toma de muestra: agujas, aguja tipo mariposa, ligaduras, Holder (sistema vacutainer), alcohol, torundas y detergente neutro.

SESVER/DA/1066/2026 ADP

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
INSS-BIE
2026

00000081

SESVER/DA/C-002/2026
ANEXO 4
SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO
EQUIPOS AUTOMATIZADOS A DOTAR EN COMODATO POR UNIDAD

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

J.S		HOSPITAL	CANT	EQUIPOS DE HEMATOLOGÍA	CANT	EQUIPOS DE COAGULACIÓN	CANT	EQUIPOS DE QUÍMICA CLÍNICA	CANT	EQUIPOS DE GASES Y ELECTROLITOS	CANT	EQUIPOS DE ELECTROLITOS	CANT	EQUIPOS DE INMUNOLOGÍA	CANT	EQUIPOS DE URIANALISIS	CANT	TROMBOELASTOMETRO	CANT	EQUIPOS DE MICROBIOLOGIA	CANT	EQUIPOS DE HEMOCULTIVOS	CANT	EQUIPOS DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	CANT	CITÓMETRO DE FLUJO AUTOMÁTICO
I PANUCO	1	HOSPITAL GENERAL PÁNUCO DR. MANUEL I. ÁVILA	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 2	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	2	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD CUAUHAMA DE MASCARPÉAS	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	3	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	4	HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	5	UNEME PLATÓN SÁNCHEZ	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
II TUXPAN	6	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CERRO AZUL	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	7	HOSPITAL GENERAL ÁLAMO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO		
	8	HOSPITAL GENERAL TÚXPAN DR. EMILIO ALCANZAR	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	9	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD NARANJOS	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	MEDIANO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	10	CENTRO DE SALUD DE ÁLAMO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO							1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
III POZA RICA	11	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD ENTABLADERO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	12	HOSPITAL GENERAL PAPANTLA DR. JOSÉ BUILL BELENGUER	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	13	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE HUAYACOCOTLA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	14	HOSPITAL REGIONAL DE POZA RICA	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO TIPO 2	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO		
	15	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LLANO EN MEDIO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
IV MARTINEZ DE LA TORRE	16	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAPACOYAN	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	17	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIERREZ ZAMORA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	18	HOSPITAL GENERAL MARTÍNEZ DE LA TORRE	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	19	HOSPITAL GENERAL DE HUSANTLA	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1			1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	20	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAUTLA DR. GERARDO DIAZ MORALES	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
V XALAPA	21	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD COATEPEC	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO		
	22	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEOCELO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	23	HOSPITAL GENERAL PEROTE VERACRUZ	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	24	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	25	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGÍA DR. MIGUEL DORANTES MESA	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO TIPO 2	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO
	26	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	2	ALTO RENDIMIENTO	2	ALTO RENDIMIENTO	2	ALTO RENDIMIENTO TIPO 2	2	ALTO Y MEDIANO RENDIMIENTO			2	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO		
	27	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHÓN	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO TIPO 2	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO		
	28	CENTRO DE SALUD GASTON MELO	1	BAJO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO							1	MEDIANO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	29	HOSPITAL GENERAL ALTOTONGA EUFROSINA CAMACHO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO							1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	30	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE ALTO LUCERO DE GUTIÉRREZ BARRIOS, VER.	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO							1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
VI CORDOBA	31	HOSPITAL GENERAL CÓRDOBA YANGA	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO		
	32	HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. DARÍO MENDEZ LIMA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	33	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEZONAPA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	34	CENTRO DE SALUD CÓRDOBA	1	BAJO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
VII ORIZABA	35	HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO	2	BAJO Y MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	2	BAJO Y MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO		
	36	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAQUILPA VISTA HERMOSA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	37	HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR. VÍCTOR M. CONCHA VÁSQUEZ	1	BAJO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO							1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	38	CENTRO DE SALUD ORIZABA	1	BAJO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO							1	MEDIANO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	39	C.E.S.S.A. SOLEDAD ATZOMPA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO							1	BAJO RENDIMIENTO						1	ALTO RENDIMIENTO		
	40	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	2	ALTO RENDIMIENTO	2	ALTO RENDIMIENTO	2	ALTO RENDIMIENTO TIPO 1 Y TIPO 2	3 Y 4	ALTO Y MEDIANO RENDIMIENTO	3	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	2	ALTO Y BAJO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	2	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO		

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN Y CONTROL PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026

SESVER/DA/C-002/2026
ANEXO 4
SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO
EQUIPOS AUTOMATIZADOS A DOTAR EN COMODATO POR UNIDAD

J.S.		HOSPITAL	CANT	EQUIPOS DE HEMATOLOGÍA	CANT	EQUIPOS DE COAGULACIÓN	CANT	EQUIPOS DE QUÍMICA CLÍNICA	CANT	EQUIPOS DE GASES Y ELECTROLITOS	CANT	EQUIPOS DE ELECTROLITOS	CANT	EQUIPOS DE INMUNOLOGÍA	CANT	EQUIPOS DE URIANALESIS	CANT	TROMBOELASTOMETRIA	CANT	EQUIPOS DE MICROBIOLOGIA	CANT	EQUIPOS DE HEMOCULTIVOS	CANT	EQUIPOS DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	CANT	CITÓMETRO DE FLUJO AUTOMÁTICO
VIII VERACRUZ	41	HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA (VERACRUZ)	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO		
	42	HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RÍO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO		
	43	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	44	HOSPITAL GENERAL TLALIXCOYAN	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	45	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ALVARADO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	46	C.E.S.S.A SOLEDAD DE DOBLADO	1	BAJO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO							1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
IX COSAMALOAPAN	47	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. VICTOR MANUEL PEYALUA GONZÁLEZ	1	BAJO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	48	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE JOSÉ AZUETA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	49	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD PLAYA VICENTE	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	50	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD TLACOTALPAN	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	51	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA JESÚS GARCÍA CORONA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	52	HOSPITAL GENERAL ISLA	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1			1	ALTO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO		
X SAN ANDRES TUXTLA	53	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD CATEMACO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO		
	54	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	55	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRÉS TUXTLA DR. BERNARDO PEÑA	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	56	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD SOCHIAPAN DEL RÍO CARMEN BOLITAS DE LÓPEZ ARIAS	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO							1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	57	HOSPITAL GENERAL DE OLUTA ACAYUCAN	1	BAJO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO		
XI COATZACOALCOS	58	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	59	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS DR. VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO TIPO 2	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	2	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	2	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO		
	60	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. PEDRO CORONEL PÉREZ	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1			1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	61	HOSPITAL COMUNITARIO DE TONALAPAN	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO		
	62	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD LA LAGUNA POBLADO 6	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO					1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	63	HOSPITAL COMUNITARIO DE IXHUATLAN DEL SURESTE	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO			1	MEDIANO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	64	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLAN	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO			1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO		
	65	C.E.S.S.A. TATAHUICAPAN	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO							1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	66	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACIÓN DE LA LOCALIDAD DE ALLENDE, VER.	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO			1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	67	CENTRO DE SALUD AGUA DULCE	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO							1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	68	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	BAJO RENDIMIENTO							1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		
	69	CENTRO DE SALUD COATZACOALCOS	1	BAJO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO	1	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1							1	BAJO RENDIMIENTO							1	ALTO RENDIMIENTO		

TOTAL DE EQUIPOS																										
	11	ALTO RENDIMIENTO	16	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO TIPO 1	4	ALTO RENDIMIENTO	45	ALTO RENDIMIENTO	5	ALTO RENDIMIENTO	5	ALTO RENDIMIENTO	8	ALTO RENDIMIENTO	19	ALTO RENDIMIENTO	10	ALTO RENDIMIENTO	46	ALTO RENDIMIENTO	1	ALTO RENDIMIENTO
	16	MEDIANO RENDIMIENTO	26	MEDIANO RENDIMIENTO	7	ALTO RENDIMIENTO TIPO 2	52	MEDIANO RENDIMIENTO			6	MEDIANO RENDIMIENTO	27	MEDIANO RENDIMIENTO										
	45	BAJO RENDIMIENTO	24	BAJO RENDIMIENTO	18	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1					8	BAJO RENDIMIENTO	39	BAJO RENDIMIENTO										
					3	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 2																		
					2	MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 3																		
					41	BAJO RENDIMIENTO																		

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
INSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026

UNIDAD	HOSPITAL	CENTRIFUGA 36 TUBOS	CENTRIFUGA 24 TUBOS	CENTRIFUGA 12 TUBOS	COMPUTADORA DE ESCRITORIO MEDIANO RENDIMIENTO	COMPUTADORA DE ESCRITORIO BAJO RENDIMIENTO	LECTOR DE CODIGO DE BARRA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL ALTO RENDIMIENTO	ETIQUETADORA	SERVIDOR	SWITCH
1	HOSPITAL GENERAL PANUCO DR. MANUEL I ÁVILA		2		1	6	1	3	2	1	1
2	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD OZULUAMA DE MASCAREÑAS		1		1	2	1	1	1	1	1
3	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL		1		1	4	1	1	1	1	1
4	HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA		1		1	2	1	2		1	1
5	UNEME DE PLATON SÁNCHEZ		2		1	4	1	2	1	1	1
6	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CERRO AZUL		1	1	1	3	1	2	2	1	1
7	HOSPITAL GENERAL ÁLAMO		2		1	3	1	2	1	1	1
8	HOSPITAL GENERAL TUXPAN DR. EMILIO ALCAZAR		2		1	5	2	1	2	1	1
9	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD NARANJOS		1	1	1	4	2	2	1	1	1
10	CENTRO DE SALUD ÁLAMO		1		1	3	1	1	1	1	1
11	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ENTABLADERO		1		1	5	2	2	1	1	1
12	HOSPITAL GENERAL PAPANTLA DR. JOSÉ BUILL BELENGUER		2		1	3	1	2	2	1	1
13	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE HUAYACOCOTLA		2		1	3	1	1	1	1	1
14	HOSPITAL REGIONAL POZA RICA DE HIDALGO	2	1		1	6	2	2	3	1	1
15	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LLANO DE EN MEDIO		1		1	3	1	3			
16	HOSPITAL DE LA COMUNDAD DE TLAPACOYAN		1		1	5	1	1	1	1	1
17	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIÉRREZ ZAMORA				1	3	1	2		1	1
18	HOSPITAL GENERAL MARTÍNEZ DE LA TORRE		2	1	1	6	1	4	1	1	1
19	HOSPITAL GENERAL DE MISANTLA				1	5	2	2	1	1	1
20	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAUTLA DR. GERARDO DÍAZ MORALES		2		1	4	1	2	1	1	1
21	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD COATEPEC		1	2	1	7	2	2	2	1	1
22	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEOCELO		1	1	1	6	2	2	2	1	1
23	HOSPITAL GENERAL PEROTE VERACRUZ		2	1	1	7	2	3	2	1	1
24	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO		1	1	1	5	2	2	1	1	
25	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGIA DR. MIGUEL DORANTES MESA		4	2	1	9	2	4	4	1	2
26	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	6	1	2	1	13	3		5	1	1
27	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHON	4			1	9	2	2	2		
28	CENTRO DE SALUD XALAPA-ENRÍQUEZ DR. GASTON MELO			2	1	5	1	2	1	1	1
29	HOSPITAL GENERAL ALTOTONGA EUFROSINA CAMACHO			2	1	4	1	2	1	1	1
30	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION DE ALTO LUCERO DE GUTIERREZ BARRIOS, VER.		1		1	3	1	2	1	1	1
31	HOSPITAL GENERAL CORDOBA YANGA		2		1	6	1	4	2	1	1
32	HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. DARÍO MENDEZ LIMA		1	1	1	3	1	2	1	1	1
33	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEZONAPA		1		1	3	1	2	1	1	1
34	CENTRO DE SALUD CÓRDOBA		1	1	1	3	1		2	1	1
35	HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO		3	1	1	12	2	4	2	1	1

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/066/2026

UNIDAD	HOSPITAL	CENTRIFUGA 36 TUBOS	CENTRIFUGA 24 TUBOS	CENTRIFUGA 12 TUBOS	COMPUTADORA DE ESCRITORIO MEDIANO RENDIMIENTO	COMPUTADORA DE ESCRITORIO BAJO RENDIMIENTO	LECTOR DE CODIGO DE BARRA	IMPRESORA MULTIFUNCIONAL ALTO RENDIMIENTO	ETIQUETADORA	SERVIDOR	SWITCH
36	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAQUILPAN VISTA HERMOSA		1		1	2	1	2	1	1	1
37	HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR.VÍCTOR M. CONCHA VÁSQUEZ			1	1		1	1	1	1	1
38	CENTRO DE SALUD ORIZABA		1		1	3	1	2	1	1	1
39	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS SOLEDAD ATZOMPA		2		1	4	1	4	1	1	1
40	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	5	2	3	1	26	3	11	9	1	1
41	HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA (VERACRUZ)	2			1	8	1	2	2	1	1
42	HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RIO	3			1	10	3	4	3	1	1
43	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL		2		1	4	1	2	1	1	1
44	HOSPITAL GENERAL TLALIXCOYAN		1	1	1	4	1	2	1	1	1
45	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS SOLEDAD DE DOBLADO				1	1				1	1
46	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ALVARADO		1		1	4	1	2	1	1	1
47	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. VÍCTOR MANUEL PITALUA GONZALEZ		2		1	3	1	2	1	1	1
48	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE JOSÉ AZUETA		1	1	1	3	1	2	1	1	1
49	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD PLAYA VICENTE		1	1	1	1	1	2	1	1	1
50	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD TLACOTALPAN		1	1	1	2	1	1	1	1	1
51	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA JESÚS GARCÍA CORONA		1	1	1	6	2	4	2	1	1
52	HOSPITAL GENERAL ISLA		2		1	5	1	4	1	1	1
53	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD CATEMACO		1		1	2	1	2	1	1	1
54	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA		2		1	4	1	2	1	1	1
55	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRÉS TUXTLA, DR. BERNARDO PEÑA		3		1	5	1	2	1	1	1
56	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD SUCHILAPAN DEL RÍO, CARMEN BOUZAS DE LÓPEZ ARIAS	1			1	1	1	1	1	1	1
57	HOSPITAL GENERAL DE OLUTA-ACAYUCAN		2		1	4	1	2	1	1	1
58	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE		2		1	4	1	2	1	1	1
59	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS DR.VALENTÍN GÓMEZ FARIAS	2		2	1	15	2	6	3	1	1
60	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. PEDRO CORONEL PÉREZ	1		1	1	3	1	2	1	1	1
61	HOSPITAL COMUNITARIO DE TONALAPAN		1	1	1	4	1	2	1	1	1
62	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD LA LAGUNA POBLADO 6	1			1	4	1	2	1	1	1
63	HOSPITAL COMUNITARIO DE IXHUATLAN DEL SURESTE	1			1	5	1	2	1	1	1
64	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLAN	1	1		1	7	1	4	3	1	1
65	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS TATAHUICAPAN	1			1	2	1	1	1	1	1
66	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION DE LA LOCALIDAD DE ALLENDE, VER.		1	1	1	2	1	2	1	1	1
67	CENTRO DE SALUD AGUA DULCE		1		1	3	1	2	1	1	1
68	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS		1		1	1	1	1	1	1	1
69	CENTRO DE SALUD COATZACOALCOS		1	1	1	3	1	2	1	1	1
	TOTAL DE EQUIPOS: 130		79	34	69	329	88	155	101	67	67

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026
AFECTACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
IMSS-BIE
AÑO DEL EJERCICIO
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

UNIDAD	HOSPITAL	AGITADOR DE PLACAS	AGITADOR DE TUBOS	REFRIGERADOR VERTICAL CAP. 20 PIES CÚBICOS	REFRIGERADOR CONGELADOR DE 5.4 PIES CÚBICOS	MICROSCOPIO BINOCULAR PARA TRABAJO DE RUTINA CAMPO CLARO	MICROSCOPIO CON CÁMARA	CONTADOR DE CELULAS	BAÑO MARÍA	AGITADOR DE TUBOS TIPO VORTEX	AUTOCLAVE	ESTUFA DE CULTIVOS
1	HOSPITAL GENERAL PANUCO DR. MANUEL I ÁVILA	1	1	2	1	2		1				
2	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD OZULUAMA DE MASCAREÑAS	1	1	2		2						
3	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	1	1	1		2		1				
4	HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA	1	1	1		2						
5	UNEME DE PLATON SÁNCHEZ	1	1	2		2						
6	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CERRO AZUL	1	1	2		2			1			
7	HOSPITAL GENERAL ÁLAMO	1	1	2		2			1			
8	HOSPITAL GENERAL TUXPAN DR. EMILIO ALCAZAR	1	1	3		2		1	1			
9	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD NARANJOS	1	1	2		2						
10	CENTRO DE SALUD ÁLAMO	1	1	1		1						
11	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ENTABLADERO	1	1	2		2						
12	HOSPITAL GENERAL PAPANTLA DR. JOSÉ BUILL BELENGUER	1	1	2					1			
13	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE HUAYACOCOTLA	1	1	2		2						
14	HOSPITAL REGIONAL POZA RICA DE HIDALGO	1	1	3		4		1	1	1		
15	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LLANO DE EN MEDIO	1	1	2		1		1				
16	HOSPITAL DE LA COMUNDAD DE TLAPACOYAN	1	1	1		2		1				
17	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIÉRREZ ZAMORA	1	1	2		2		1	1			
18	HOSPITAL GENERAL MARTÍNEZ DE LA TORRE	1	1	2		3		1	1			1
19	HOSPITAL GENERAL DE MISANTLA	1	1	4		3						
20	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAUTLA DR. GERARDO DÍAZ MORALES	1	1	2		2				1		
21	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD COATEPEC	1	1	3	2	3		1	1			
22	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEOCELO	1	1	1	1	2		1	1	1		1
23	HOSPITAL GENERAL PEROTE VERACRUZ	1	1	2		2			1	1		
24	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAOLINCO	1	1	2		2		1	1			
25	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGIA DR. MIGUEL DORANTES MESA	3	1	4	1	3	1	1	1	1		
26	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	3	2	6	1	4		2	1	1		
27	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHON	2	1			4		1	1	1		
28	CENTRO DE SALUD XALAPA-ENRÍQUEZ DR. GASTON MELO	1	1	1		3		1	1			
29	HOSPITAL GENERAL ALTOTONGA EUFROSINA CAMACHO	1	1	2	1	3						
30	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION DE ALTO LUCERO DE GUTIERREZ BARRIOS, VER.	1	1	1		2						
31	HOSPITAL GENERAL CORDOBA YANGA	1	1	2		3		1	2	1		1
32	HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. DARÍO MENDEZ LIMA	1	1	1		2		1	1			
33	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEZONAPA	1	1	1		2		1				
34	CENTRO DE SALUD CÓRDOBA	1	1	1		2		1	1			
35	HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO	1	1	4	1	4		1	2			

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN INSTITUCIONAL
30 JUN 2026
ACTUALIZACIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIE
AÑO DEL EJERCICIO 2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

UNIDAD	HOSPITAL	AGITADOR DE PLACAS	AGITADOR DE TUBOS	REFRIGERADOR VERTICAL CAP. 20 PIES CÚBICOS	REFRIGERADOR CONGELADOR DE 5.4 PIES CÚBICOS	MICROSCOPIO BINOCULAR PARA TRABAJO DE RUTINA CAMPO CLARO	MICROSCOPIO CON CÁMARA	CONTADOR DE CELULAS	BAÑO MARÍA	AGITADOR DE TUBOS TIPO VORTEX	AUTOCLAVE	ESTUFA DE CULTIVOS
36	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAQUILPAN VISTA HERMOSA	1	1	1		2		1				
37	HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR.VÍCTOR M. CONCHA VÁSQUEZ	1	1	1		1		1	1			
38	CENTRO DE SALUD ORIZABA	1	1	1		1		1				
39	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS SOLEDAD ATZOMPA	1	1	2		2		1	1			
40	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	3	3	10		4		3	1	1	1	
41	HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA (VERACRUZ)	1	2	2		2		1		1		
42	HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RIO	1	1	4		2		1				1
43	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	1	1	2		2		1				
44	HOSPITAL GENERAL TLALIXCOYAN	1	1	2		1		1				
45	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS SOLEDAD DE DORLADO	1	1									
46	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ALVARADO	1	1	1		1		1		1		
47	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. VÍCTOR MANUEL PITALUA GONZÁLEZ	1	1	2		2		1	1			
48	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE JOSÉ AZUETA	1	1	1		2		1	1			
49	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD PLAYA VICENTE	1	1	2		2		1	1			
50	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD TLACOTALPAN	1	1	1		2		1				
51	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA JESÚS GARCÍA CORONA	1	1	2		3		1	1			
52	HOSPITAL GENERAL ISLA	1	1	2		3		1	1			
53	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD CATEMACO	1	1	1		2		1		1		1
54	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	1	1	2		2		1				
55	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRÉS TUXTLA. DR. BERNARDO PEÑA	1	1	1		2		1	1	1		
56	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD SUCHILAPAN DEL RÍO. CARMEN BOUZAS DE LÓPEZ ARIAS	1	1	1		1		1				
57	HOSPITAL GENERAL DE OLUTA-ACAYUCAN	1	1	2		2		1		1		
58	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE	1	1	1		2		1				
59	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS DR.VALENTIN GÓMEZ FARIAS	2	2	5		4		2	2	1		
60	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. PEDRO CORONEL PÉREZ	1	1	1		2		1	1			
61	HOSPITAL COMUNITARIO DE TONALAPAN	1	1	1		2		1				
62	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD LA LAGUNA POBLADO 6	1	1	1		2			1			
63	HOSPITAL COMUNITARIO DE IXHUATLAN DEL SURESTE	1	1	1		2		1	1			
64	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLAN	1	1	3		2		1	1			1
65	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS TATAHUICAPAN	1	1	1		1		1				
66	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION DE LA LOCALIDAD DE ALLENDE, VER.	1	1	1		2		1	1			
67	CENTRO DE SALUD AGUA DULCE	1	1	1		1		1				
68	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	1	1	1		1		1				
69	CENTRO DE SALUD COATZACOALCOS	1	1	1		2		1				
	TOTAL DE EQUIPOS A DOTAR	77	74	132	8	145	1	56	37	15	1	6

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

1455-BCE
2026

ANEXO 6

SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO

FICHAS TÉCNICAS

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE HEMATOLOGIA ALTO RENDIMIENTO
MARCA	ROCHE
MODELO	XN 1000
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	2151E2014 SSA - 08/05/2029
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS / 15201 / SIN VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1.- Analizador hematológico automatizado.	ANALIZADOR HEMATOLÓGICO AUTOMATIZADO. VER CATALOGO ESPECIFICACIONES DE LA SERIE XN PAG. 2
2.-Capacid ad de reportar mínimo 31 parámetros con fluidos corporales.	CAPACIDAD DE REPORTAR MÍNIMO 31 PARÁMETROS CON FLUIDOS CORPORALES VER CATALOGO ESPECIFICACIONES DE LA SERIE XN PAG. 3
3. Utiliza la tecnología de citometría de flujo fluorescente, rayo láser y/o impedancia.	UTILIZA LA TECNOLOGÍA DE CITOMETRÍA DE FLUJO FLUORESCENTE, RAYO LÁSER Y/O IMPEDANCIA. CATALOGO ESPECIFICACIONES DE LA SERIE XN PAG. 3
4. Rendimiento de mínimo 100 pruebas por hora.	RENDIMIENTO DE MÍNIMO 100 PRUEBAS POR HORA. VER CATALOGO ESPECIFICACIONES DE LA SERIE XN PAG. 3
5. Volumen de muestra de mínimo 88 microlitros.	VOLUMEN DE MUESTRA 88 MICROLITROS CATALOGO ESPECIFICACIONES DE LA SERIE XN PAG. 3
6. Reactivo para hemoglobina libre de cianuro.	REACTIVOS LIBRES DE CIANURO VER CATALOGO ESPECIFICACIONES DE LA SERIE XN PAG. 3
7. Tipo de muestra: sangre total, líquidos corporales.	TIPO DE MUESTRA: SANGRE TOTAL, LÍQUIDOS CORPORALES VER CATALOGO ESPECIFICACIONES DE LA SERIE XN PAG. 3
8. Con lector de código de barras.	CON LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS FICHA TECNICA XN-1000 PAG. 1
9. Lectura de muestras en tubo primario compatible	LECTURA DE MUESTRAS EN TUBO PRIMARIO. (TUBOS DE MUESTRA COMPATIBLES) INSTRUCCIONES DE USO PAG. 3-3
10. Realice análisis de fluidos corporales.	REALICE ANÁLISIS DE FLUIDOS CORPORALES CATALOGO ESPECIFICACIONES DE LA SERIE XN PAG. 3
11. Que cuente con pantalla adicional.	QUE CUENTE CON PANTALLA ADICIONAL INSTRUCCIONES DE USO PAG. 4-5
12. Que cuente con control de calidad.	QUE CUENTE CON CONTROL DE CALIDAD CATALOGO ESPECIFICACIONES DE LA SERIE XN PAG. 3

30 JUN 2026

IHSS-BLE

SESVER/DJ/0661/2026

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE HEMATOLOGIA ALTO RENDIMIENTO
MARCA	ROCHE
MODELO	XN 1000
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	2151E2014 SSA - 08/05/2029
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS / 15201 / SIN VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
13. Con puerto de comunicación para interfaz	INTERFASE BI-DIRECCIONAL FICHA TECNICA XN-1000 PAG. 1 E INSTRUCCIONES DE USO PAG. 7-16 Y 10-24
14. Software en español.	SOFTWARE EN ESPAÑOL FICHA TECNICA XN-1000 PAG. 1
15. Pantalla integrada o adicional.	PANTALLA INTEGRADA O ADICIONAL INSTRUCCIONES DE USO PAG. 4-5
16. Impresora integrada o adicional.	IMPRESORA ADICIONAL FICHA TECNICA XN-1000 PAG. 1
17. Registro sanitario vigente.	REGISTRO SANITARIO VIGENTE VER CARTA ANEXA Y VER RS
18. Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
19. Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el corecto funcionamiento durante el plazo de ejecucion del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
20. En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
CONSERVACIÓN HOSPITALARIA
30 JUN 2026
IMSS-BIE

SESVER/DJ/0661/2026
ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE HEMATOLOGÍA MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA	ROCHE
MODELO	XN 550
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	2633E2016 SSA / 13 DE OCTUBRE DE 2026
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS /5532 / SIN VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1.- Analizador hematológico automatizado.	ANALIZADOR HEMATOLÓGICO AUTOMATIZADO. FOLLETO SERIE XN-L 550 PAG. 2
2.- Capacidad de reportar mínimo 24 parámetros	CAPACIDAD DE REPORTAR MÍNIMO 24 PARÁMETROS FOLLETO SERIE XN-L 550 PAG. 7
3.- Que cuente con al menos uno de los siguientes principios de medición: citometría de flujo fluorescente, método de detección por corriente directa pulsos acumulativos, impedancia con enfoque hidrodinámico, resistencia eléctrica	CUENTA CON EL SIGUIENTE PRINCIPIO DE MEDICION IMPEDANCIA, CON ENFOQUE HIDRODINAMICO FOLLETO SERIE XN-L 550 PAG. 7
4.- Rendimiento de mínimo 70 pruebas por hora	RENDIMIENTO DE HASTA 70 PRUEBAS POR HORA FOLLETO SERIE XN-L 550 PAG. 7
5.- Volumen de muestra: mínimo 25 microlitros	VOLUMEN DE MUESTRA: MÍNIMO 25 MICROLITROS FOLLETO SERIE XN-L 550 PAG. 7
6.- Hemoglobina libre de cianuro	HEMOGLOBINA LIBRE DE CIANURO FOLLETO SERIE XN-L 550 PAG. 7
7.- Almacenamiento de datos mínimo 10,000 muestras	ALMACENAMIENTO DE DATOS MÍNIMO 100,000 MUESTRAS FOLLETO SERIE XN-L 550 PAG. 7
8.- Software en español	SOFTWARE EN ESPAÑOL VER FICHA TECNICA XN-L 550 PAG. 1
9.- Control de calidad integrado y graficas de control de calidad	CONTROL DE CALIDAD INTEGRADO FOLLETO SERIE XN-L 550 PAG. 7
10.- Pantalla integrada o adicional	PANTALLA ADICIONAL VER FICHA TECNICA XN-L 550 PAG. 1
11.- Capacidad de interface a la LIS	CAPACIDAD DE INTERFACE A LA LIS FOLLETO SERIE XN-L 550 PAG. 4
12.- Impresora adicional o integrada	IMPRESORA ADICIONAL VER FICHA TECNICA XN-L 550 PAG. 1
13.- Registro sanitario vigente.	REGISTRO SANITARIO VIGENTE. VER CARTA ANEXA

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
SUBDIRECCIÓN DE ABASTECIMIENTO
COMISIÓN PERMANENTE
30 JUN 2026
IMSS-BIENESTAR
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ.

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE HEMATOLOGÍA MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA	ROCHE
MODELO	XN 550
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	2633E2016 SSA / 13 DE OCTUBRE DE 2026
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS /5532 / SIN VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
14.- Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
15.- Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el corecto funcionamiento durante el plazo de ejecucion del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
16.- En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
RECIBIDO
FUENTE DE FINANCIAMIENTO
INSABLE
AÑO DEL RECURSO
2026

SESVER/DJ/0662026
ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE HEMATOLOGÍA BAJO RENDIMIENTO
MARCA	SYSMEX
MODELO	XP 300
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	2409E2013 SSA
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS / 03361 / SIN VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1.- Analizador hematológico automatizado	ANALIZADOR HEMATOLÓGICO AUTOMATIZADO FOLLETO XP 300 PÁGINA 2
2.- Reporta 20 parámetros en sangre total, diferencial de 3 partes.	REPORTA 20 PARÁMETROS EN SANGRE TOTAL, DIFERENCIAL DE 3 PARTES. FOLLETO XP 300 PÁGINA 2 Y 3
3.- Metodología: Método de detección por corriente eléctrica, HGB Fotometría - método libre de cianuro.	Metodología: Método de detección por corriente eléctrica, HGB Fotometría - método libre de cianuro. FOLLETO XP 300 PÁGINA 3
4.- Rendimiento de 60 pruebas por hora.	RENDIMIENTO DE 60 PRUEBAS POR HORA. FOLLETO XP 300 PÁGINA 3
5.- Volumen de muestra: máximo 50 uL.	VOLUMEN DE MUESTRA: MODO SANGRE TOTAL 50 UL. MODO PREDILUIDO 20 UL. FOLLETO XP 300 PÁGINA 3
6.- Control de calidad de 3 niveles.	Control de calidad de 3 niveles. FOLLETO XP 300 PÁGINA 3
7.- Realiza los siguientes parámetros: WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, PLT, LYM%, MXD%, NEUT%, LYM#, MXD#, NEUT#, RDW-SD, RDW-CV, MPV, PDW**, P-LCR**, PCT**V.	Realiza los siguientes parámetros: WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, PLT, LYM%, MXD%, NEUT%, LYM#, MXD#, NEUT#, RDW-SD, RDW-CV, MPV, PDW**, P-LCR**, PCT**V. FOLLETO XP 300 PÁGINA 3
8.- Almacenamiento de datos de 40,000 muestras incluyendo histogramas.	ALMACENAMIENTO DE DATOS DE 40,000 MUESTRAS INCLUYENDO HISTOGRAMAS. FOLLETO XP 300 PÁGINA 3
9.- Control de calidad: 60 puntos x 6 archivos con grafica de Levey-Jennings.	CONTROL DE CALIDAD: 60 PUNTOS X 6 ARCHIVOS CON GRAFICA DE LEVEY-JENNINGS. FOLLETO XP 300 PÁGINA 3
10.- Registro sanitario vigente.	REGISTRO SANITARIO VIGENTE. VER CARTA ANEXA Y VER RS
11.- Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE HEMATOLOGÍA BAJO RENDIMIENTO
MARCA	SYSMEX
MODELO	XP 300
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	2409E2013 SSA
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	MINISTRY OF FOREIGN AFFAIRS / 03361 / SIN VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
12.- Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el corecto funcionamiento durante el plazo de ejecucion del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el corecto funcionamiento durante el plazo de ejecucion del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado. **VER CARTA ANEXA**
13.-En caso de sustitucion del equipo por uno mayor tecnologia, se requiere la instalacion, capacitacion y puesta en marcha.	En caso de sustitucion del equipo por uno mayor tecnologia, se requiere la instalacion, capacitacion y puesta en marcha. **VER CARTA ANEXA**
14.- Manuales de operación en español.	MANUALES DE OPERACIÓN EN ESPAÑOL **VER CARTA ANEXA**

RECIBIDO

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE
30 JUN 2026
SESVER/DJ/066/2026
ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE COAGULACIÓN ALTO RENDIMIENTO T1
MARCA		STAGO
MODELO		STA COMPACT MAX
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2844E2013 SSA / 23 DE MAYO 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CCI PARIS ILE-DE-FRANCE INTERNATIONAL / NO. 862-C / NO APLICA VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Equipo semiautomatizado para análisis de muestras de coagulación para tiempos de protombina, tiempos de tromboplastina parcial, tiempo de trombina, fibrinógeno, factores de coagulación y pruebas especiales.	Equipo semiautomatizado para análisis de muestras de coagulación para tiempos de protombina, tiempos de tromboplastina parcial, tiempo de trombina, fibrinógeno, factores de coagulación y pruebas especiales. VER FOLLETO STA COMPACT MAX Pag 1
2. _	Método de detección de coagulo mecánico.	Método de detección de coagulo mecánico. VER FOLLETO STA COMPACT MAX Pag 1
3. _	Canales de medición independientes mínimo 4	Canales de medición independientes mínimo 3 VER FOLLETO STA COMPACT MAX Pag 1
4. _	Pipeta electrónica externa de reactivos	Pipeta electrónica externa de reactivos VER FOLLETO STA COMPACT MAX Pag 1
5. _	Volumen de muestras 50 microlitros	Volumen de muestras 50 microlitros VER FOLLETO STA COMPACT MAX Pag 1
6. _	Capaz de procesar factores de coagulación y pruebas especiales	Capaz de procesar factores de coagulación y pruebas especiales VER FOLLETO STA COMPACT MAX Pag 1
7. _	Velocidad de 40 pruebas por hora	Velocidad de 50 pruebas por hora VER FOLLETO STA COMPACT MAX Pag 1
8. _	Monitor LCD	Monitor integrado VER FOLLETO STA COMPACT MAX Pag 1
9. _	Lector de código de barras	Lector de código de barras VER FOLLETO STA COMPACT MAX Pag 1
10. _	Teclado e impresora integrado o adicional	Teclado e impresora integrado o adicional CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
11. _	Conexión unidireccional	Conexión bidireccional VER FOLLETO STA COMPACT MAX Pag 1
12. _	Registro sanitario vigente.	Registro sanitario vigente. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
13. _	Garantía durante la prestación del servicio.	Garantía durante la prestación del servicio. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026 FIRMA DE CONFORMIDAD FUENTE DE FINANCIAMIENTO INSS-BIE EJERCICIO 2026

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE COAGULACIÓN ALTO RENDIMIENTO T1
MARCA		STAGO
MODELO		STA COMPACT MAX
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2844E2013 SSA / 23 DE MAYO 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CCI PARIS ILE-DE-FRANCE INTERNATIONAL / NO. 862-C / NO APLICA VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
14. _	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, cada 6 meses incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, cada 6 meses incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
15. _	Instalación, puesta en marcha y capacitación al usuario en el lugar de destino del equipo.	Instalación, puesta en marcha y capacitación al usuario en el lugar de destino del equipo. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
16. _	GARANTIA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO.	16. GARANTIA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
17. _	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el corecto funcionamiento durante el plazo de ejecucion del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	17. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
18. _	18.En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	18. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

30 JUN 2026 IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/0662026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE COAGULACIÓN ALTO RENDIMIENTO T2
MARCA		IL WERFEN
MODELO		ACL TOP 550
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2246E2016 SSA, 26 DE JULIO DE 2026
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		FDA U.S. FOOD & DRUG / NO. 10497-6-2024-3 / JULIO 02 DE 2026
características técnicas solicitadas		características técnicas proposiciones (con puntos referenciados en catálogos, folletos, etc.)
1. _	ANALIZADOR DE MUESTRAS PARA MUESTAS DE COAGULACION	1. ANALIZADOR DE MUESTRAS PARA MUESTAS DE COAGULACION VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 1
2. _	PRINCIPIO DE MEDICION: MECANICO Y/O FOTO ÓPTICO, CON MEDICIÓN DE ICTERICIA, LIPEMIA Y HEMÓLISIS EN LAS MUESTRAS DE PACIENTES. DETECCIÓN DE CÓAGULO.	2. PRINCIPIO DE MEDICION: MECANICO Y/O FOTO ÓPTICO, CON MEDICIÓN DE ICTERICIA, LIPEMIA Y HEMÓLISIS EN LAS MUESTRAS DE PACIENTES. DETECCIÓN DE CÓAGULO. VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 10 Y 11
3. _	VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO: MÍNIMO 200 PRUEBAS POR HORA EN BASE AL TIEMPO DE PROTROMBINA	3. VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO: MÍNIMO 240 PRUEBAS POR HORA EN BASE AL TIEMPO DE PROTROMBINA VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PAG 5 Y 12
4. _	METODOLOGIA DE ANALISIS: MECÁNICO Y/O FOTO ÓPTICO	4. METODOLOGIA DE ANALISIS: MECÁNICO Y/O FOTO ÓPTICO VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
5. _	MIMIMO 10 CANALES DE MEDICION	5. MIMIMO 12 CANALES DE MEDICION VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 4
6. _	SISTEMA DE INCUBACION PARA MUESTRAS Y REACTIVOS	6. SISTEMA DE INCUBACION PARA MUESTRAS Y REACTIVOS VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 3
7. _	CAPACIDAD DE ANALIZAR MUESTRA EN TUBO PRIMARIO Y/ O COPA O COPILLA, CON CARGA CONTINUA, SIN DETENER EN NINGÚN MOMENTO EL INSTRUMENTO.	7. CAPACIDAD DE ANALIZAR MUESTRA EN TUBO PRIMARIO Y/ O COPA O COPILLA, CON CARGA CONTINUA, SIN DETENER EN NINGÚN MOMENTO EL INSTRUMENTO. VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
8. _	VOLUMEN DE MUESTRA MINIMO: 25 MICROLITROS	8. VOLUMEN DE MUESTRA MINIMO: 50 MICROLITROS VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
9.	CONTROL DE CALIDAD CON GRAFICAS DE LEVEY JENINGS	9. CONTROL DE CALIDAD CON GRAFICAS DE LEVEY JENINGS VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 6 Y 11
10. _	CAPACIDAD DE PROCESAR MUESTRAS URGENTES SIN DETENER EL INSTRUMENTO	10. CAPACIDAD DE PROCESAR MUESTRAS URGENTES SIN DETENER EL INSTRUMENTO VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 6
11. _	LECTOR DE CODIGO DE BARRAS PARA TUBOS PRIMARIOS Y REACTIVOS, CON CARGA CONTINUA DE REACTIVOS SIN DETENER EL	11. LECTOR DE CODIGO DE BARRAS PARA TUBOS PRIMARIOS Y REACTIVOS, CON CARGA CONTINUA DE REACTIVOS SIN DETENER EL INSTRUMENTO EN NINGÚN MOMENTO. CON

30 JUN 2026 IMSS-BIENESTAR 2024

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE COAGULACIÓN ALTO RENDIMIENTO T2
MARCA		IL WERFEN
MODELO		ACL TOP 550
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2246E2016 SSA, 26 DE JULIO DE 2026
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		FDA U.S. FOOD & DRUG / NO. 10497-6-2024-3 / JULIO 02 DE 2026
características técnicas solicitadas		características técnicas proposiciones (con puntos referenciados en catálogos, folletos, etc.)
	INSTRUMENTO EN NINGÚN MOMENTO. CON PERFORADOR DE TAPÓN DE TUBOS PRIMARIOS.	PERFORADOR DE TAPÓN DE TUBOS PRIMARIOS. VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
12. _	CALIBRACION AUTOMATICA	12. CALIBRACION AUTOMATICA VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 4
13. _	COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL	13. COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
14. _	MONITOR INTEGRADO.	14. MONITOR INTEGRADO. VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
15. _	REGISTRO SANITARIO VIGENTE	15. REGISTRO SANITARIO VIGENTE CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
16. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	16. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
17. _	DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	17. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
18. _	18. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	18. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE COAGULACIÓN ALTO RENDIMIENTO T3
MARCA		IL WERFEN
MODELO		ACL TOP 350
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2246E2016 SSA, 26 DE JULIO DE 2026
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		FDA U.S. FOOD & DRUG / NO. 10497-6-2024-3 / JULIO 02 DE 2026
características técnicas solicitadas		características técnicas proposiciones (con puntos referenciados en catálogos, folletos, etc.)
1. –	ANALIZADOR DE MUESTRAS PARA MUESTAS DE COAGULACION	1. ANALIZADOR DE MUESTRAS PARA MUESTAS DE COAGULACION VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 1
2. –	PRINCIPIO DE MEDICION: MECANICO Y/O FOTO ÓPTICO, CON MEDICIÓN DE ICTERICIA, LIPEMIA Y HEMÓLISIS EN LAS MUESTRAS DE PACIENTES. DETECCIÓN DE CÓAGULO.	2. PRINCIPIO DE MEDICION: MECANICO Y/O FOTO ÓPTICO, CON MEDICIÓN DE ICTERICIA, LIPEMIA Y HEMÓLISIS EN LAS MUESTRAS DE PACIENTES. DETECCIÓN DE CÓAGULO. VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 10 Y 11
3. –	VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO: MÍNIMO 200 PRUEBAS POR HORA EN BASE AL TIEMPO DE PROTROMBINA	3. VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO: MÍNIMO 110 PRUEBAS POR HORA EN BASE AL TIEMPO DE PROTROMBINA VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 12
4. –	METODOLOGIA DE ANALISIS: MECÁNICO Y/O FOTO ÓPTICO	4. METODOLOGIA DE ANALISIS: MECÁNICO Y/O FOTO ÓPTICO VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
5. –	MIMIMO 10 CANALES DE MEDICION	5. MIMIMO 8 CANALES DE MEDICION VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 4
6. –	SISTEMA DE INCUBACION PARA MUESTRAS Y REACTIVOS	6. SISTEMA DE INCUBACION PARA MUESTRAS Y REACTIVOS VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 3
7. –	CAPACIDAD DE ANALIZAR MUESTRA EN TUBO PRIMARIO Y/ O COPA O COPILLA, CON CARGA CONTINUA, SIN DETENER EN NINGÚN MOMENTO EL INSTRUMENTO.	7. CAPACIDAD DE ANALIZAR MUESTRA EN TUBO PRIMARIO Y/ O COPA O COPILLA, CON CARGA CONTINUA, SIN DETENER EN NINGÚN MOMENTO EL INSTRUMENTO. VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
8. –	VOLUMEN DE MUESTRA MINIMO: 25 MICROLITROS	8. VOLUMEN DE MUESTRA MINIMO: 50 MICROLITROS VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
9.	CONTROL DE CALIDAD CON GRAFICAS DE LEVEY JENINGS	9. CONTROL DE CALIDAD CON GRAFICAS DE LEVEY JENINGS VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 6 Y 11
10. –	CAPACIDAD DE PROCESAR MUESTRAS URGENTES SIN DETENER EL INSTRUMENTO	10. CAPACIDAD DE PROCESAR MUESTRAS URGENTES SIN DETENER EL INSTRUMENTO VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 6
11. –	LECTOR DE CODIGO DE BARRAS PARA TUBOS PRIMARIOS Y REACTIVOS, CON CARGA CONTINUA DE REACTIVOS SIN DETENER EL INSTRUMENTO EN NINGÚN MOMENTO, CON PERFORADOR DE TAPÓN DE TUBOS PRIMARIOS.	11. LECTOR DE CODIGO DE BARRAS PARA TUBOS PRIMARIOS Y REACTIVOS, CON CARGA CONTINUA DE REACTIVOS SIN DETENER EL INSTRUMENTO EN NINGÚN MOMENTO. CON PERFORADOR DE TAPÓN DE TUBOS PRIMARIOS. VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 317 Col. Aguacatal. C.P. 91130. Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE COAGULACIÓN ALTO RENDIMIENTO T3
MARCA		IL WERFEN
MODELO		ACL TOP 350
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2246E2016 SSA, 26 DE JULIO DE 2026
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		FDA U.S. FOOD & DRUG / NO. 10497-6-2024-3 / JULIO 02 DE 2026
características técnicas solicitadas		características técnicas proposiciones (con puntos referenciados en catálogos, folletos, etc.)
12. _	CALIBRACION AUTOMATICA	12. CALIBRACION AUTOMATICA VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 4
13. _	COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL	13. COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
14. _	MONITOR INTEGRADO.	14. MONITOR INTEGRADO. VER FOLLETO FAMILIA ACL TOP Y ACL TOP SERIE 50 PPAG 11
15. _	REGISTRO SANITARIO VIGENTE	15. REGISTRO SANITARIO VIGENTE CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
16. _	GARANTIA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO.	16. GARANTIA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
17. _	DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	17. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
18. _	EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	18. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

SERVICIO DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN PREVENTIVA 30 JUN 2026 ASESORÍA Y CAPACITACIÓN FIRMA DE CONFORMIDAD LHSD-BCG AÑO DEL RELEVO 2026

SESVER/DJ/0666/2026 ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE COAGULACIÓN MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		STAGO
MODELO		STA SATELLITE MAX
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2829E2013 SSA / 24 DE MAYO DE 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CCI PARIS ILE-DE-FRANCE INTERNATIONAL / NOVIEMBRE 23 DE 2023 NO APLICA VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Equipo semiautomatizado para análisis de muestras de coagulación para tiempos de protombina, tiempos de tromboplastina parcial, tiempo de trombina, fibrinógeno, factores de coagulación y pruebas especiales.	Equipo semiautomatizado para análisis de muestras de coagulación para tiempos de protombina, tiempos de tromboplastina parcial, tiempo de trombina, fibrinógeno, factores de coagulación y pruebas especiales. VER FOLLETO STA SATELLITE MAX PAG 5
2. _	Método de detección de coagulo mecánico.	Método de detección de coagulo mecánico. VER FOLLETO STA SATELLITE MAX PAG 3
3. _	Canales de medición independientes mínimo 4	Canales de medición independientes mínimo 3 VER FOLLETO STA SATELLITE MAX PAG 6
4. _	Pipeta electrónica externa de reactivos	Pipeta electrónica externa de reactivos VER MANUAL STA SATELLITE MAX PAG 24-205
5. _	Volumen de muestras 50 microlitros	Volumen de muestras 50 microlitros VER FOLLETO STA SATELLITE MAX PAG 6
6. _	Capaz de procesar factores de coagulación y pruebas especiales	Capaz de procesar factores de coagulación y pruebas especiales VER FOLLETO STA SATELLITE MAX PAG 5
7. _	Velocidad de 40 pruebas por hora	Velocidad de 50 pruebas por hora VER FOLLETO STA SATELLITE MAX PAG 6
8. _	Monitor LCD	Monitor integrado VER FOLLETO STA SATELLITE MAX PAG 6
9. _	Lector de código de barras	Lector de código de barras VER FOLLETO STA SATELLITE MAX PAG 6
10. _	Teclado e impresora integrado o adicional	Teclado e impresora integrado o adicional VER MANUAL STA SATELLITE MAX PAG 31-205

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
30 JUN 2026
IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE COAGULACIÓN MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		STAGO
MODELO		STA SATELLITE MAX
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2829E2013 SSA / 24 DE MAYO DE 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CCI PARIS ILE-DE-FRANCE INTERNATIONAL / NOVIEMBRE 23 DE 2023 NO APLICA VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
11. _	Conexión unidireccional	Conexión bidireccional VER FOLLETO STA SATELLITE MAX PAG 6
12. _	Registro sanitario vigente.	Registro sanitario vigente. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
13. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
14. _	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
15. _	En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIE
AÑO DEL EJERCICIO 2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE COAGULACIÓN BAJO RENDIMIENTO
MARCA		STAGO
MODELO		START MAX
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2132E2017 SSA /26 DE SEPTIEMBRE DE 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CCI PARIS ILE-DE-FRANCE INTERNATIONAL / NO. 862-C / NO APLICA VIGENCIA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Equipo semiautomatizado para el análisis de muestras para tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial, tiempo de trombina, fibrinógeno, factores de coagulación y pruebas especiales.	Equipo semiautomatizado para el análisis de muestras para tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial, tiempo de trombina, fibrinógeno, factores de coagulación y pruebas especiales. (VER FOLLETO START MAX PAG. 1)
2. _	Canales de medición independientes mínimo 4	Canales de medición independientes mínimo 4 (VER FOLLETO START MAX PAG. 2)
3. _	Curva de calibración de hasta 3 puntos	Curva de calibración de hasta 3 puntos (VER FOLLETO START MAX PAG. 5)
4. _	Sin interferencia a muestras hemolizadas, ictéricas y lipemicas.	Sin interferencia a muestras hemolizadas, ictéricas y lipemicas. (VER FOLLETO START MAX PAG. 4)
5. _	Sistema mecánico de medición de coágulos.	Sistema mecánico de medición de coágulos. (VER FOLLETO START MAX PAG. 4)
6. _	Pantalla Tactil integrada e Impresora integrada o adicional.	Pantalla Tactil integrada e Impresora integrada o adicional. (VER FOLLETO START MAX PAG. 2)
7. _	Interface unidireccional de R232.	Interface unidireccional de R232. (VER FOLLETO START MAX PAG. 6)
8. _	Reporte de resultados en segundos.	Reporte de resultados en segundos. (VER FOLLETO START MAX PAG. 2)
9. _	Capacidad de incubación de 4 muestras y un reactivo.	Capacidad de incubación de 4 muestras y un reactivo. (VER FOLLETO START MAX PAG. 6)
10. _	Registro sanitario vigente.	Registro sanitario vigente. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
11. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
12. _	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD
13. _	En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha. CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

30 JUN 2026

IMSS+BIENESTAR

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130. Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA ALTO RENDIMIENTO TIPO 1
MARCA		ROCHE
MODELO		COBAS C 8000 (Modulo c503)
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		No. REGISTRO SANITARIO: 0532E2014 SSA, 18/08/2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485: 2016, CERTIFICADO N.° SX 2002396-1, TÜV Rheinland LGA Products GmbH, VIGENCIA: 30-04-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Principio de funcionamiento: fotométrico o colorimétrico, turbidimétrico, enzimático o cinético.	1 Principio de funcionamiento: fotométrico o colorimétrico, turbidimétrico, enzimático o cinético. (VER FOLLETO IINSERTO DE ALBUMINA PAGINA 1), VER FOLLETO IINSERTO DE PROTEINAS EN ORINA PAGINA 1, VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO - COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 75, 897)
2. _	Módulo ISE: unidad de medición de electrolitos.	2 Módulo ise: unidad de medición de electrolitos.(VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO INTEGRATED SOLUTIONS (C503) PAG. 75 Y FOLLETO PAGINA WEB COBAS PRO - COBAS C 8000 (MODULO c503) PAGINA 7)
3. _	Analitos o estudios a determinar por la unidad médica solicitante: los solicitados.	3 Analitos o estudios a determinar por la unidad médica solicitante: los solicitados. DE ACUERDO CON RESPUESTA DE LA JUNTA DE ACLARACIONES A PREGUNTAS DE CARÁCTER TECNICO NUMERO 12, 13, 15 Y 16, DE BIODIST S.A. DE C.V. (VER MENU DE PRUEBAS COBAS PRO. PAGINA 1
4. _	Número de reactivos a bordo: mínimo 50.	4 Número de reactivos a bordo: mínimo 50. (VER FOLLETO COBAS PRO - COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 24)
5. _	Con sistema de refrigeración para reactivos	5 Con sistema de refrigeración para reactivos (VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO- COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 225)
6. _	Sistema fotométrico con longitudes de onda de acuerdo a los analitos a realizar	6 Sistema fotométrico con longitudes de onda de acuerdo a los analitos a realizar (VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO- COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 259)
7. _	Velocidad de procesamiento de 600 a 800 pruebas por hora.	7 Velocidad de procesamiento de 600 a 800 pruebas por hora. VER FOLLETO COBAS PRO - COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 3
8. _	Que cuente con pipeta de reactivos	8 Que cuente con pipeta de reactivos (VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO- COBAS C8000 (Modulo 503) PAG. 597 Y 598)
9. _	Reactivos listos para su uso.	9 Reactivos listos para su uso. (VER FOLLETO PAGINA WEB COBAS PRO - COBAS C 8000 (MODULO c503) PAGINA 4)
10. _	Capacidad para analizar muestras de suero, plasma, orina y otros líquidos corporales.	10 Capacidad para analizar muestras de suero, plasma, orina y otros líquidos corporales.(VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO- COBAS C8000 (Modulo 503) PAG. 258)
11. _	Capacidad de auto-dilución.	11 Capacidad de auto-dilución. (VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO - COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 225)

30 JUN 2026

IMSS-BIENESTAR

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Xalapeño, C.P. 91130. Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA ALTO RENDIMIENTO TIPO 1
MARCA		ROCHE
MODELO		COBAS C 8000 (Modulo c503)
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		No. REGISTRO SANITARIO: 0532E2014 SSA, 18/08/2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485: 2016, CERTIFICADO N.° SX 2002396-1, TÜV Rheinland LGA Products GmbH, VIGENCIA: 30-04-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
12. _	Programación de pruebas en memoria: mínimo los requeridos en la presente licitación.	12 Programación de pruebas en memoria: mínimo los requeridos en la presente licitación. (VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO - COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 258 Y 299)
13. _	Sistema de incubación con control de temperatura a 37 ± 0.3 °C.	13 Sistema de incubación con control de temperatura a 37 ± 0.3 °c. (VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO- COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 258)
14. _	Control de calidad integrado incluyendo gráficos de Levi-Jennings, así como reglas de Westgard.	14 Control de calidad integrado incluyendo gráficos de levey-jennings, así como reglas de westgard. (VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO- COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 813 Y 363)
15. _	Sensor de nivel de líquido.	15 Sensor de nivel de líquido.. (VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO - COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 258 Y 832)
16. _	Identificación de reactivos automática y / o código de barras.	16 Sensor de nivel de líquido. (VER FOLLETO COBAS PRO PAGINA 24 Y (VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO - COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 61)
17. _	Software en español.	17 Software en español. (VER GUIA DE USUARIO COBAS PRO- COBAS C 8000 (MODULO c503) PAG. 272, 344 Y CARTA COMPROMISO)
18. _	En caso de requerir agua desionizada, debe contar con accesorio integrado o adicional para obtenerla.	18 En caso de requerir agua desionizada, debe contar con accesorio integrado o adicional para obtenerla. (VER FOLLETO PURIFICADOR DE AGUA Y CARTA ANEXA.)
19. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	19 Garantía durante el plazo de ejecución del suministro. VER CARTA ANEXA
20. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	20 Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado. VER CARTA ANEXA
21. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	21 En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026

IMSS-BIE

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA ALTO RENDIMIENTO TIPO 2
MARCA	ROCHE
MODELO	Cobas Pure Integrated Solutions (Cobas c303)
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	0281E2023 SSA Vigencia 10/02/2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485: 2016, CERTIFICADO N.° SX 2002396-1, TÜV Rheinland LGA Products GmbH, VIGENCIA: 30-04-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1. PRINCIPIO DE FUNCIONAMIENTO: FOTOMÉTRICO O COLORIMÉTRICO, TURBIDIMÉTRICO, ENZIMÁTICO O CINÉTICO.	1 PRINCIPIO DE FUNCIONAMIENTO: FOTOMÉTRICO O COLORIMÉTRICO, TURBIDIMÉTRICO, ENZIMÁTICO O CINÉTICO.. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 963)
2. CAPACIDAD DE PROCESO DE MÍNIMO DE 500 A 600 TEST POR HORA.	2 CAPACIDAD DE PROCESO DE MÍNIMO DE 500 A 600 TEST POR HORA. (VER FOLLETO COBAS PURE SOLUCIONES INTEGRADAS (COBAS C303) PAGINA 6)
3. TIPO DE MUESTRA: SUERO, PLASMA, SANGRE TOTAL, ORINA, OTROS LÍQUIDOS.	3 TIPO DE MUESTRA: SUERO, PLASMA, SANGRE TOTAL, ORINA, OTROS LÍQUIDOS. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 257)
4. QUE CUENTE CON REFRIGERACIÓN DE REACTIVOS.	4 QUE CUENTE CON REFRIGERACIÓN DE REACTIVOS. (VER FOLLETO COBAS PURE SOLUCIONES INTEGRADAS (COBAS C303) PAGINA 4)
5. QUE CUENTE CON POSICIONES DE MUESTRAS DE URGENCIAS.	5 QUE CUENTE CON POSICIONES DE MUESTRAS DE URGENCIAS. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 253)
6. CAPACIDAD DE CARGA DE MÍNIMO 120 MUESTRAS A BORDO.	6 CAPACIDAD DE CARGA DE MÍNIMO 120 MUESTRAS A BORDO. DE ACUERDO CON RESPUESTA DE LA JUNTA DE ACLARACIONES A PREGUNTA DE CARÁCTER TECNICO NUMERO 17, DE BIODIST S.A. DE C.V. (VER FOLLETO COBAS PURE SOLUCIONES INTEGRADAS (COBAS C303) PAGINA 6)
7. CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE RESULTADOS MÍNIMO 10,000 RESULTADOS.	7 CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE RESULTADOS MÍNIMO 10,000 RESULTADOS. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 251)
8. VOLUMEN DE MUESTRA: ENTRE 2 A 40 UL.	8 VOLUMEN DE MUESTRA: ENTRE 2 A 40 UL. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 257)
9. DILUCIÓN AUTOMÁTICA.	9 DILUCIÓN AUTOMÁTICA. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 261)
10. QUE PARA LOS REACTIVOS SEA CAPAZ DE INFORMAR: UBICACIÓN EN EL EQUIPO, LOTE, CADUCIDAD Y ESTABILIDAD ABORDO.	10 QUE PARA LOS REACTIVOS SEA CAPAZ DE INFORMAR: UBICACIÓN EN EL EQUIPO, LOTE, CADUCIDAD Y ESTABILIDAD ABORDO. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 281)
11. CAPACIDAD DE CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA.	11 CAPACIDAD DE CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 462)

30 JUN 2026

IMSS-BIE

SESVER/DJ/0662026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA ALTO RENDIMIENTO TIPO 2
MARCA	ROCHE
MODELO	Cobas Pure Integrated Solutions (Cobas c303)
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	0281E2023 SSA Vigencia 10/02/2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485: 2016, CERTIFICADO N.° SX 2002396-1, TÜV Rheinland LGA Products GmbH, VIGENCIA: 30-04-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
12. INTERFASE BIDIRECCIONAL Y/ O INTERFASE RS-232.	12 INTERFASE BIDIRECCIONAL Y / O INTERFASE RS-232. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 86, 862 Y 836)
13. SOFTWARE EN ESPAÑOL.	13 SOFTWARE EN ESPAÑOL. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 276, 173 Y CARTA ANEXA)
14. IMPRESORA ADICIONAL O INTEGRADA.	14 IMPRESORA ADICIONAL O INTEGRADA. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 116 Y CARTA ANEXA)
15. EN CASO DE REQUERIR AGUA DESIONIZADA, DEBE CONTAR CON ACCESORIO INTEGRADO O ADICIONAL PARA OBTENERLA.	15 EN CASO DE REQUERIR AGUA DESIONIZADA, DEBE CONTAR CON ACCESORIO INTEGRADO O ADICIONAL PARA OBTENERLA. (VER FOLLETO SISTEMA DE AGUA Y CARTA ANEXA)
16. CONTROL DE CALIDAD INTEGRADO.	16 CONTROL DE CALIDAD INTEGRADO. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINAS: 316, 359, 393 Y 396)
17 GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO.	17 GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
18 DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	18 DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
19 EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	19 EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026

IMSS-BIE

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA ALTO RENDIMIENTO TIPO 2
MARCA	Abbott
MODELO	Alinity C
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	2449E2017 SSA, VIGENCIA: 16/07/2030
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	ISO 13485 / BSI / No: MD759595 / Vigencia: 30/09/2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1. PRINCIPIO DE FUNCIONAMIENTO: FOTOMÉTRICO O COLORIMÉTRICO, TURBIDIMÉTRICO, ENZIMÁTICO O CINÉTICO.	1. PRINCIPIO DE FUNCIONAMIENTO: FOTOMÉTRICO O COLORIMÉTRICO, TURBIDIMÉTRICO, ENZIMÁTICO O CINÉTICO. VER MANUAL DE OPERACIONES ALINITY CI SERIES PAG: 1816, FOLLETO ALINITY C PAG. 1 Y 2.
2. CAPACIDAD DE PROCESO DE MÍNIMO DE 500 A 600 TEST POR HORA.	2. CAPACIDAD DE PROCESO DE MÍNIMO DE 500 A 600 TEST POR HORA. VER FOLLETO ALINITY C PAG. 2.
3. TIPO DE MUESTRA: SUERO, PLASMA, SANGRE TOTAL, ORINA, OTROS LÍQUIDOS.	3. TIPO DE MUESTRA: SUERO, PLASMA, SANGRE TOTAL, ORINA, OTROS LÍQUIDOS. VER FOLLETO ALINITY C PAG. 2.
4. QUE CUENTE CON REFRIGERACIÓN DE REACTIVOS.	4. QUE CUENTE CON REFRIGERACIÓN DE REACTIVOS. VER FOLLETO ALINITY C PAG. 2.
5. QUE CUENTE CON POSICIONES DE MUESTRAS DE URGENCIAS.	5. QUE CUENTE CON POSICIONES DE MUESTRAS DE URGENCIAS. VER FOLLETO ALINITY C PAG. 2.
6. CAPACIDAD DE CARGA DE MÍNIMO 120 MUESTRAS A BORDO.	6. CAPACIDAD DE CARGA DE MÍNIMO 120 MUESTRAS A BORDO. VER FOLLETO ALINITY C PAG. 2.
7. CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE RESULTADOS MÍNIMO 10,000 RESULTADOS.	7. CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE RESULTADOS MÍNIMO 10,000 RESULTADOS. VER FOLLETO ALINITY C PAG. 2.
8. VOLUMEN DE MUESTRA: ENTRE 2 A 40 UL.	8. VOLUMEN DE MUESTRA: ENTRE 2 A 40 UL. VER FOLLETO ALINITY C PAG. 2.
9. DILUCIÓN AUTOMÁTICA.	9. DILUCIÓN AUTOMÁTICA. VER MANUAL DE OPERACIONES ALINITY CI SERIES PAG: 694
10. QUE PARA LOS REACTIVOS SEA CAPAZ DE INFORMAR: UBICACIÓN EN EL EQUIPO, LOTE, CADUCIDAD Y ESTABILIDAD ABORDO.	10. QUE PARA LOS REACTIVOS SEA CAPAZ DE INFORMAR: UBICACIÓN EN EL EQUIPO, LOTE, CADUCIDAD Y ESTABILIDAD ABORDO. VER MANUAL DE OPERACIONES ALINITY CI SERIES PAG: 684 y 535
11. CAPACIDAD DE CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA.	11. CAPACIDAD DE CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA. VER MANUAL DE OPERACIONES ALINITY CI SERIES PAG: 669
12. INTERFASE BIDIRECCIONAL Y/ O INTERFASE RS-232.	12. INTERFASE BIDIRECCIONAL Y/ O INTERFASE RS-232. VER FOLLETO ALINITY C PAG. 2., ER MANUAL DE OPERACIONES ALINITY CI SERIES PAG: 224 y 478

30 JUN 2026
IMSS-BIC
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA ALTO RENDIMIENTO TIPO 2
MARCA	Abbott
MODELO	Alinity C
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	2449E2017 SSA, VIGENCIA: 16/07/2030
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	ISO 13485 / BSI / No: MD759595 / Vigencia: 30/09/2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
13. SOFTWARE EN ESPAÑOL.	13. SOFTWARE EN ESPAÑOL. VER MANUAL DE OPERACIONES ALINITY CI SERIES PAG: 214, 36
14. IMPRESORA ADICIONAL O INTEGRADA.	14. IMPRESORA ADICIONAL O INTEGRADA. VER MANUAL DE OPERACIONES ALINITY CI SERIES PAG: 185 Y 63
15. EN CASO DE REQUERIR AGUA DESIONIZADA, DEBE CONTAR CON ACCESORIO INTEGRADO O ADICIONAL PARA OBTENERLA.	15. EN CASO DE REQUERIR AGUA DESIONIZADA, DEBE CONTAR CON ACCESORIO INTEGRADO O ADICIONAL PARA OBTENERLA. VER FOLLETO SISTEMA DE AGUA Y CARTA ANEXA
16. CONTROL DE CALIDAD INTEGRADO.	16. CONTROL DE CALIDAD INTEGRADO. VER MANUAL DE OPERACIONES ALINITY CI SERIES PAG: 349, 754 Y 755.
17 GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO.	17 GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. **VER CARTA ANEXA**
18 DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	18 DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. **VER CARTA ANEXA**
19 EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	19 EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. **VER CARTA ANEXA**

30 JUN 2026

SESVER/DJ/1066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1
MARCA	ROCHE
MODELO	Cobas Pure Integrated Solutions (Cobas c303)
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	0281E2023 SSA Vigencia 10/02/2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485: 2016, CERTIFICADO N.° SX 2002396-1, TÜV Rheinland LGA Products GmbH, VIGENCIA: 30-04-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. SISTEMA DE QUÍMICA CLÍNICA CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS DE MEDICIÓN: FOTOMETRÍA O COLORIMETRÍA, TURBIDIMETRÍA, POTENCIOMETRÍA E ISE.	1 ISTEMA DE QUÍMICA CLÍNICA CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS DE MEDICIÓN: FOTOMETRÍA O COLORIMETRÍA, TURBIDIMETRÍA, POTENCIOMETRÍA E ISE. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINAS 203 Y 963)
2. RENDIMIENTO DE 300 A 400 TEST POR HORA.	2. RENDIMIENTO DE 300 A 400 TEST POR HORA. (VER FOLLETO COBAS PURE SOLUCIONES INTEGRADAS (COBAS C303) PAGINA 6)
3. TIPOS DE MUESTRA: SUERO, PLASMA, ORINA.	3. TIPOS DE MUESTRA: SUERO, PLASMA, ORINA. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 257.
4. CAPACIDAD DE ACCESO O FLUJO CONTINUO.	4. CAPACIDAD DE ACCESO O FLUJO CONTINUO.VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 192.
5. DILUCIÓN AUTOMÁTICA DE MUESTRAS.	5. DILUCIÓN AUTOMÁTICA DE MUESTRAS.. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 261)
6. LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS.	6. LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 1077)
7. VOLUMEN DE MUESTRA DE 2 A 10 MICROLITROS.	7. VOLUMEN DE MUESTRA DE 2 A 10 MICROLITROS. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 257)
8. COMPARTIMIENTO DE REACTIVOS REFRIGERADOS.	8. COMPARTIMIENTO DE REACTIVOS REFRIGERADOS. (VER FOLLETO COBAS PURE SOLUCIONES INTEGRADAS (COBAS C303) PAGINA 4)
9. CON CAPACIDAD DE ACEPTAR TUBO PRIMARIO Y /O COPAS.	9. CON CAPACIDAD DE ACEPTAR TUBO PRIMARIO Y /O COPAS. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 94).
10. CON CAPACIDAD DE INTERFAZ BIDIRECCIONAL.	10. CON CAPACIDAD DE INTERFAZ BIDIRECCIONAL. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 89, 836 Y 862)
11. SOFTWARE EN ESPAÑOL.	11. SOFTWARE EN ESPAÑOL. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 276, 173 Y CARTA ANEXA)

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 1
MARCA	ROCHE
MODELO	Cobas Pure Integrated Solutions (Cobas c303)
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	0281E2023 SSA Vigencia 10/02/2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485: 2016, CERTIFICADO N.° SX 2002396-1, TÜV Rheinland LGA Products GmbH, VIGENCIA: 30-04-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
12. QUE CUENTEN POSICIONES DE URGENCIA.	12. QUE CUENTEN POSICIONES DE URGENCIA. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 253)
13. PANTALLA Y TECLADO INTEGRADO O ADICIONAL.	13. PANTALLA Y TECLADO INTEGRADO O ADICIONAL. (VER GIA DEL USUARIO COBAS PURE INTEGRATED SOLUTIONS (COBAS C303) PAGINA 251)
14. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO.	14. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. (VER CARTA ANEXA)
15. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	15. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. (VER CARTA ANEXA)
16. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	16 EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026
IMSS-BIE
2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 2
marca		ROCHE
MODELO		COBAS C 311
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0397E2009 SSA, VIGENCIA: 12/09/2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485: 2016, CERTIFICADO N.° SX 2002396-1, TÜV Rheinland LGA Products GmbH, VIGENCIA: 30-04-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. –	Analizador de química clínica automatizado de carga continua y acceso aleatorio o Random.	1. ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA AUTOMATIZADO DE CARGA CONTINUA Y ACCESO ALEATORIO O RANDOM. (VER FOLLETO ANALIZADOR COBAS C311 PAG. 4).
2. –	Metodología: fotometría o colorimetría, turbidimetría, cinético o enzimático, ISE opcional.	2. METODOLOGÍA: FOTOMETRÍA O COLORIMETRÍA, TURBIDIMETRÍA, CINÉTICO O ENZIMÁTICO, ISE OPCIONAL. (VER INSERTO LIPASA PÁG. 1, INSERTO A1C-3 PAG. 1, Y VER MANUAL DEL OPERADOR ANALIZADOR COBAS C 311 PAG. A-24 Y A-25).
3. _	Velocidad de proceso de 200 a 300 pruebas por hora.	3. VELOCIDAD DE PROCESO DE 200 A 300 PRUEBAS POR HORA. (VER FOLLETO ANALIZADOR COBAS C311 PAG. 4).
4. –	60 posiciones para tubos primarios o secundarios y copillas de muestra.	4. 60 POSICIONES PARA TUBOS PRIMARIOS O SECUNDARIOS Y COPILLAS DE MUESTRA. (VER FOLLETO ANALIZADOR COBAS C311 PAG. 4).
5. _	Volumen de muestra de 2 a 50 uL.	5. VOLUMEN DE MUESTRA DE 2 A 50 UL. (VER FOLLETO ANALIZADOR COBAS C311 PAG. 4).
6. _	Dilución automática de muestras.	6. DILUCIÓN AUTOMÁTICA DE MUESTRAS. (VER MANUAL DEL OPERADOR ANALIZADOR COBAS C 311 PAG. B-69).
7. –	Limpieza de sondas automática, detección de nivel de líquido y sensor de choque.	7. LIMPIEZA DE SONDAS AUTOMÁTICA, DETECCIÓN DE NIVEL DE LÍQUIDO Y SENSOR DE CHOQUE. (VER MANUAL DEL OPERADOR ANALIZADOR COBAS C 311 PAG. A-13, A-17, A-24, A-47, A-41, B-218, B-221).
8. –	Bandeja de reactivo de 40 posiciones en compartimiento refrigerado (2-8° c).	8. BANDEJA DE REACTIVO DE 40 POSICIONES EN COMPARTIMIENTO REFRIGERADO (2-8° C). (VER MANUAL DEL OPERADOR ANALIZADOR COBAS C 311 PAG. A-46).
9. _	Volumen de reactivo de 5 a 300 uL.	9. VOLUMEN DE REACTIVO DE 5 A 300 UL. (VER MANUAL DEL OPERADOR ANALIZADOR COBAS C 311 PAG. A-79).
10. _	Capacidad de dilución automática.	10. CAPACIDAD DE DILUCIÓN AUTOMÁTICA. (VER MANUAL DEL OPERADOR ANALIZADOR COBAS C 311 PAG. B-69).
11. _	12 longitudes de onda.	11. 12 LONGITUDES DE ONDA. (VER MANUAL DEL OPERADOR ANALIZADOR COBAS C 311 PAG. A-79).

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 2
marca		ROCHE
MODELO		COBAS C 311
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0397E2009 SSA, VIGENCIA: 12/09/2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485: 2016, CERTIFICADO N.° SX 2002396-1, TÜV Rheinland LGA Products GmbH, VIGENCIA: 30-04-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
12. _	Calibración automática o manual	12. CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA O MANUAL (VER FOLLETO ANALIZADOR COBAS C311 PAG. 4).
13. _	Control de calidad con reglas de Westgard, graficas de Levey Jennings.	13. CONTROL DE CALIDAD CON REGLAS DE WESTGARD, GRAFICAS DE LEVEY JENNINGS. (VER FOLLETO ANALIZADOR COBAS C311 PAG. 4).
14. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	14. Garantía durante el plazo de ejecución del suministro. (VER CARTA ANEXA)
15. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	15. Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado. (VER CARTA ANEXA)
16. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	16. En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha. (VER CARTA ANEXA)

30 JUN 2026 IMSS-BIC 2026

SESVER/DJ/066/2026 DDQ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 3
MARCA		WIENER LAB
MODELO		CM 250
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		No. REGISTRO SANITARIO: 3095E2012 SSA, VIGENCIA: 03/06/2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485 no.: 253369-2018-AQ-ARG-NA-PS, DNV MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATE, VIGENCIA: 26/04/2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Analizador automático de química clínica, de acceso aleatorio o random.	1. ANALIZADOR AUTOMÁTICO DE QUÍMICA CLÍNICA, DE ACCESO ALEATORIO O RANDOM. (VER MANUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 12).
2. _	Metodología: fotometría o colorimetría, turbidimetría, cinético o enzimático, ISE opcional.	2. METODOLOGÍA: FOTOMETRÍA O COLORIMETRÍA, TURBIDIMETRÍA, CINÉTICO O ENZIMÁTICO, ISE OPCIONAL. (VER FOLLETO CM250 PÁG 2 Y MANUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 14 Y 33).
3. _	Velocidad de proceso mínimo de 200 pruebas por hora.	3. VELOCIDAD DE PROCESO MÍNIMO DE 200 PRUEBAS POR HORA. (VER FOLLETO CM250 PAGINA 2).
4. _	Bandeja de reactivos con 40 posiciones para reactivos refrigerados y bandeja de muestras con 40 posiciones.	4. BANDEJA DE REACTIVOS CON 40 POSICIONES PARA REACTIVOS REFRIGERADOS Y BANDEJA DE MUESTRAS CON 40 POSICIONES. (VER FOLLETO CM250 PAGINA 2).
5. _	Volumen de reactivo de 0 a 700 uL.	5. VOLUMEN DE REACTIVO DE O A 700 UL. (VER FOLLETO CM250 PAGINA 2).
6. _	Volumen de muestra: de 2 a 45 uL.	6. VOLUMEN DE MUESTRA: DE 2 A 45 UL. (VER FOLLETO CM250 PAGINA 2 E INSERTO GLICEMIA ENZIMATICA AA PÁGINA 2).
7. _	Que cuente con sensor de nivel para muestras y reactivos, sensor de choque, y con sistema de incubación con control de temperatura a 37°C.	7. QUE CUENTE CON SENSOR DE NIVEL PARA MUESTRAS Y REACTIVOS, SENSOR DE CHOQUE, Y CON SISTEMA DE INCUBACIÓN CON CONTROL DE TEMPERATURA A 37°C. (VER FOLLETO CM250 PAGINA 2, MANUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 13 ,31).
8. _	Que cuente con sistema de lavado externo e interno de aguja.	8. QUE CUENTE CON SISTEMA DE LAVADO EXTERNO E INTERNO DE AGUJA. (VER MANAUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 17).
9. _	Capacidad de dilución automática de las muestras.	9. CAPACIDAD DE DILUCIÓN AUTOMÁTICA DE LAS MUESTRAS. (VER MANAUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 17).
10. _	Bandeja de reacción: mínimo 40 cubetas.	10. BANDEJA DE REACCIÓN: MÍNIMO 40 CUBETAS. (VER MANAUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 17).
11. _	Cubetas reutilizables o desechables.	11. CUBETAS REUTILIZABLES O DESECHABLES. (VER MANAUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 13 Y 17).
12. _	Sistema de incubación a 37°c.	12. SISTEMA DE INCUBACIÓN A 37°C. (VER MANAUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 17).

30 JUN 2026 IMSS-BIENESTAR 2026

SESVER/DJ/066/2026 ADP

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 3
MARCA		WIENER LAB
MODELO		CM 250
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		No. REGISTRO SANITARIO: 3095E2012 SSA, VIGENCIA: 03/06/2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485 no.: 253369-2018-AQ-ARG-NA-PS, DNV MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATE, VIGENCIA: 26/04/2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
13. _	Fuente de luz: lampara halógena o de tungsteno.	13. FUENTE DE LUZ: LAMPARA HALÓGENA O DE TUNGSTENO. (VER MANAUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 17).
14. _	Con distintas longitudes de onda	14. CON DISTINTAS LONGITUDES DE ONDA (VER MANAUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 13).
15. _	Calibración automática o manual	15. CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA O MANUAL (VER MANAUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 17).
16. _	Control de calidad: regla de Westgard o levey Jennings.	16. CONTROL DE CALIDAD: REGLA DE WESTGARD O LEVEY JENNINGS. (VER MANAUAL DE USUARIO AUTOANALIZADOR CLINICO WIENER LAB. CM250/CM250I PAG. 17).
17. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	17. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. (VER CARTA ANEXA)
18. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado	18. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO (VER CARTA ANEXA)
19. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	19. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. (VER CARTA ANEXA)

30 JUN 2026

IMSS - BIC 2026

SESVER/DJ/066/2026 ADD

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 3
MARCA		WIENER LAB
MODELO		CM 260, 260i
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0194E2022 SSA / 11/03/2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485 no.: 253369-2018-AQ-ARG-NA-PS, DNV MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATE, VIGENCIA: 26/04/2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Analizador automático de química clínica, de acceso aleatorio o random.	Analizador automático de química clínica, de acceso aleatorio o random. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 13
2. _	Metodología: fotometría o colorimetría, turbidimetría, cinético o enzimático, ISE opcional.	Metodología: fotometría o colorimetría, turbidimetría, cinético o enzimático, ISE opcional. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 35, 45 Y 97
3. _	Velocidad de proceso mínimo de 200 pruebas por hora.	Velocidad de proceso mínimo de 200 pruebas por hora. VER FOLLETO CM SERIES 260, 260i, 320, 320i, PÁG. 4
4. _	Bandeja de reactivos con 40 posiciones para reactivos refrigerados y bandeja de muestras con 40 posiciones.	Bandeja de reactivos con 40 posiciones para reactivos refrigerados y bandeja de muestras con 40 posiciones. VER FOLLETO CM SERIES 260, 260i, 320, 320i, PÁG. 4
5. _	Volumen de reactivo de 0 a 700 uL.	Volumen de reactivo de 0 a 700 uL. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 18 Y 35
6. _	Volumen de muestra: de 2 a 45 uL.	Volumen de muestra: de 2 a 45 uL. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 18 Y 35
7. _	Que cuente con sensor de nivel para muestras y reactivos, sensor de choque, y con sistema de incubación con control de temperatura a 37°C.	Que cuente con sensor de nivel para muestras y reactivos, sensor de choque, y con sistema de incubación con control de temperatura a 37°C. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 7 Y 19.
8. _	Que cuente con sistema de lavado externo e interno de aguja.	Que cuente con sistema de lavado externo e interno de aguja. VER FOLLETO CM SERIES 260, 260i, 320, 320i, PÁG. 4.
9. _	Capacidad de dilución automática de las muestras.	Capacidad de dilución automática de las muestras. VER FOLLETO CM SERIES 260, 260i, 320, 320i, PÁG. 4.
10. _	Bandeja de reacción: mínimo 40 cubetas.	Bandeja de reacción: mínimo 40 cubetas. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 18.
11. _	Cubetas reutilizables o desechables.	Cubetas reutilizables o desechables. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 18.

30 JUN 2026

IMSS-BIS 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 3
MARCA		WIENER LAB
MODELO		CM 260, 260i
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0194E2022 SSA / 11/03/2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485 no.: 253369-2018-AQ-ARG-NA-PS, DNV MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATE, VIGENCIA: 26/04/2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
12. _	Sistema de incubación a 37°c.	Sistema de incubación a 37°c. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 19
13. _	Fuente de luz: lampara halógena o de tungsteno.	Fuente de luz: lampara halógena o de tungsteno. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 19.
14. _	Con distintas longitudes de onda	Con distintas longitudes de onda. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 19.
15. _	Calibración automática o manual	Calibración automática o manual. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 34 Y 56
16. _	Control de calidad: regla de Westgard o levey Jennings.	Control de calidad: regla de Westgard o levey Jennings. VER FOLLETO CM SERIES 260, 260i, 320, 320i, PÁG. 4.
17. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro. VER CARTA ANEXA
18. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado. VER CARTA ANEXA
19. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026

IMSS-BIC

2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 3
MARCA		WIENER LAB
MODELO		CM 320, 320i
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0194E2022 SSA / 11/03/2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485 no.: 253369-2018-AQ-ARG-NA-PS, DNV MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATE, VIGENCIA: 26/04/2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Analizador automático de química clínica, de acceso aleatorio o random.	Analizador automático de química clínica, de acceso aleatorio o random. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 13
2. _	Metodología: fotometría o colorimetría, turbidimetría, cinético o enzimático, ISE opcional.	Metodología: fotometría o colorimetría, turbidimetría, cinético o enzimático, ISE opcional. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 35, 45 Y 97
3. _	Velocidad de proceso mínimo de 200 pruebas por hora.	Velocidad de proceso mínimo de 200 pruebas por hora. VER FOLLETO CM SERIES 260, 260i, 320, 320i, PÁG. 4
4. _	Bandeja de reactivos con 40 posiciones para reactivos refrigerados y bandeja de muestras con 40 posiciones.	Bandeja de reactivos con 40 posiciones para reactivos refrigerados y bandeja de muestras con 40 posiciones. VER FOLLETO CM SERIES 260, 260i, 320, 320i, PÁG. 4
5. _	Volumen de reactivo de 0 a 700 uL.	Volumen de reactivo de 0 a 700 uL. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 18 Y 35
6. _	Volumen de muestra: de 2 a 45 uL.	Volumen de muestra: de 2 a 45 uL. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 18 Y 35
7. _	Que cuente con sensor de nivel para muestras y reactivos, sensor de choque, y con sistema de incubación con control de temperatura a 37°C.	Que cuente con sensor de nivel para muestras y reactivos, sensor de choque, y con sistema de incubación con control de temperatura a 37°C. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 7 Y 19.
8. _	Que cuente con sistema de lavado externo e interno de aguja.	Que cuente con sistema de lavado externo e interno de aguja. VER FOLLETO CM SERIES 260, 260i, 320, 320i, PÁG. 4.
9. _	Capacidad de dilución automática de las muestras.	Capacidad de dilución automática de las muestras. VER FOLLETO CM SERIES 260, 260i, 320, 320i, PÁG. 4.
10. _	Bandeja de reacción: mínimo 40 cubetas.	Bandeja de reacción: mínimo 40 cubetas. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 18.
11. _	Cubetas reutilizables o desechables.	Cubetas reutilizables o desechables. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 18.
12. _	Sistema de incubación a 37°c.	Sistema de incubación a 37°c. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 19

30 JUN 2026

IMSS-BIE

SESVER/DJ/0664/2026

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA MEDIANO RENDIMIENTO TIPO 3
MARCA		WIENER LAB
MODELO		CM 320, 320i
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0194E2022 SSA / 11/03/2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485 no.: 253369-2018-AQ-ARG-NA-PS, DNV MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATE, VIGENCIA: 26/04/2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
13. _	Fuente de luz: lampara halógena o de tungsteno.	Fuente de luz: lampara halógena o de tungsteno. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 19.
14. _	Con distintas longitudes de onda	Con distintas longitudes de onda. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 19.
15. _	Calibración automática o manual	Calibración automática o manual. VER MANUAL DE USUARI CM SERIES 260, 260i, 320, 320i PÁG. 34 Y 56
16. _	Control de calidad: regla de Westgard o levey Jennings.	Control de calidad: regla de Westgard o levey Jennings. VER FOLLETO CM SERIES 260, 260i, 320, 320i, PÁG. 4.
17. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro. VER CARTA ANEXA
18. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado. VER CARTA ANEXA
19. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha. VER CARTA ANEXA

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN PREVENTIVA
30 JUN 2026
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIENESTAR
AÑO DEL EJERCICIO 2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA BAJO RENDIMIENTO
MARCA		ROCHE
MODELO		COBAS C-111
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0408E2007 SSA, 04/10/2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO No. Q5 051951 0018 Rev. 04, TUV SUD PRODUCT SERVICE GmbH, VIGENCIA: 30/06/2026
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Analizador de química clínica.	1. ANALIZADOR DE QUÍMICA CLÍNICA. (VER FOLLETO COBAS C 111 PAG. 2).
2. _	Capacidad de analizar mínimo 100 test por hora.	2. CAPACIDAD DE ANALIZAR MÍNIMO 100 TEST POR HORA. (VER FOLLETO COBAS C 111 PAG. 2).
3. _	Tipo de muestra: suero, plasma, orina.	3. TIPO DE MUESTRA: SUERO, PLASMA, ORINA. (VER FOLLETO COBAS C 111 PAG. 2).
4. _	Volumen de muestra de 2 a 20 uL.	4. VOLUMEN DE MUESTRA DE 2 A 20 UL. (VER FOLLETO COBAS C 111 PAG. 2).
5. _	Dilución automática de muestras.	5. DILUCIÓN AUTOMÁTICA DE MUESTRAS.(VER FOLLETO COBAS C 111 PAG. 2).
6. _	Que cuente con distintas longitudes de onda.	6. QUE CUENTE CON DISTINTAS LONGITUDES DE ONDA. (VER FOLLETO COBAS C 111 PAG. 2).
7. _	Que cuente con las siguientes metodologías: fotometría o colorimetría, turbidimetría, cinética o enzimática.	7. QUE CUENTE CON LAS SIGUIENTES METODOLOGÍAS: FOTOMETRÍA O COLORIMETRÍA, TURBIDIMETRÍA, CINÉTICA O ENZIMÁTICA. (VER FOLLETO COBAS C 111 PAG. 2, INSERTO ALBUMINA COBAS C111 PÁG. 1 E INSERTO PCR COBAS C111 PÁG. 1).
8. _	Con capacidad de aceptar tubos y/o copas de muestra.	8. CON CAPACIDAD DE ACEPTAR TUBOS Y/O COPAS DE MUESTRA. (VER FOLLETO COBAS C 111 PAG. 2).
9. _	Con pantalla e impresora integrada o incluida.	9. CON PANTALLA E IMPRESORA INTEGRADA O INCLUIDA. (VER MANUAL DEL OPERADOR COBAS C111 SISTEMA PAG. A-13 Y A-14).
10. _	Que cuente con lector de código de barras opcional.	10. QUE CUENTE CON LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS OPCIONAL. (VER MANUAL DEL OPERADOR COBAS C111 SISTEMA PAG. B-75 Y B-76).
11. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	11. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
12. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	12. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
13. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha	13. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA GASES Y ELECTROLITOS ALTO RENDIMIENTO
MARCA		IL WERFEN
MODELO		GEM PREMIER 5000
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0774E2018SSA / 07 DE SEPTIEMBRE DE 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		BSI / MD 724522 /09-11-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Analizador automático que determina por los parámetros: pH, pCO2, pO2, Na+, K+, Ca++, Cl-, Lactato, Glucosa, Hct, tHb (Hemoglobina total), O2Hb, COHb, MetHb, HHb, y otros parámetros calculados.	El GEM Premier 5000 es un sistema portátil automatizado para cuidados críticos en muestras de sangre total heparinizada capilar, arterial o venosa, con medidas rápidas, precisas y cuantitativas de pH,pCO2, pO2, Na+, K+, Cl-, Ca++, glucosa, lactato, Hct, bilirrubina total y CO-Oximetría (tHb,O2Hb, COHb, MetHb, HHb, sO2 y parámetros derivados TCO2, BEecf, BE(B), tHb(c), Ca++ (7.4), AG Índice P/F, pAO2, CaO2, CvO2, p 50, O2cap, sO2(c), HCO3- estándar, HCO3- real, A-aDO2-, paO2/pAO2, RI, CcO2, a-vDO2, Qsp/Qt (est), Qsp/Qt, Hct(c), O2ct. VER FOLLETO 2 EQUIPO DE GASES PÁGINA 1.
2. _	Capaz de realizar automáticamente la validación de la calibración.	GEM Premier 5000 realizará automáticamente la validación de la calibración utilizando. VER FOLLETO 2 EQUIPO DE GASES PÁGINA 1 y FOLLETO GASES PÁGINA 5.
3. _	Que pueda medir en su límite inferior de calcio de hasta .11 mmol/L para usarse en aplicaciones de gran sensibilidad a bajas concentraciones de calcio (hemodiálisis).	Analito medido: Ca++, Unidades: mmol/L, Intervalo medible: 0.11 a 5.00, Intervalo reportable: 0.11 a 4.25, Resolución: 0.01. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 15.
4. _	Requiere de un único cartucho multiusos que contenga todos los componentes: reactivos, sensores, bolsa de residuos, sonda, soluciones y todo lo necesario para el análisis de las muestras.	Cartucho integrado multiuso: Un unico cartucho contiene todos los componentes necesarios para el análisis de la muestra. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES PÁGINA 5. El sistema GEM Premier 5000 está compuesto de dos componentes, el instrumento y un cartucho desechable (GEM PAK), en el GEM PAK, incluidos los reactivos, los sensores, la célula óptica de CO-Oximetría y la bilirrubina total, la sonda, el tubo de la bomba, la válvula de distribución, el recipiente de residuos. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 123. GEM PAK multiuso desechable unitario: El GEM PAK es un cartucho completamente cerrado que el usuario no puede introducir cambios ni antes ni durante su vida útil. El GEM PAK contiene todos los materiales requeridos para realizar pruebas analíticas, incluido: sensores, soluciones, sonda, tubo y bolsa de residuos. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 163
5. _	Tiempo de análisis no superior a 46 segundos.	Tiempo hasta el resultado 45 segundos desde la aspiración de la muestra. VER FOLLETO 2 EQUIPO DE GASES PÁGINA 2.
6. _	Tipo de procedencia de la muestra a partir de sangre total, venosa, arterial, capilar y otras.	El GEM Premier 5000 es un sistema portátil automatizado para cuidados críticos en muestras de sangre total heparinizada capilar, arterial o venosa. VER FOLLETO 2 EQUIPO DE GASES PÁGINA 1. Los tipos de procedencia de muestras de pacientes aceptados por el sistema: arterial, capilar, venosa mixta,

30 JUN 2026 IMSS-BIE

SESVER/DJ/066/2026 ADD

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA GASES Y ELECTROLITOS ALTO RENDIMIENTO
MARCA		IL WERFEN
MODELO		GEM PREMIER 5000
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0774E2018SSA / 07 DE SEPTIEMBRE DE 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		BSI / MD 724522 /09-11-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
		venosa, pares venosa mixta-arterial, desde Configuración puede definirse la procedencia de muestras personalizadas. VER FOLLETO 2 EQUIPO DE GASES PÁGINA 2.
7. _	Determinación con mínimo 65 microlitros capilar de muestra y máximo 150 microlitros.	Volumen de muestra (cualquier combinación de analitos) 150 µl, CO-Oximetría 100 µl, y para dispositivo capilar 65 µl. VER FOLLETO 2 EQUIPO DE GASES PÁGINA 2
8. _	Que cuente con informe de acciones correctivas	Informe de acciones correctivas: El informe de acciones correctivas (Corrective Action Report, CAR) contiene información para todos los eventos significativos que se producen durante la vida útil del GEM PAK en el instrumento, junto con las acciones correctivas asociadas adoptadas y los resultados de la acción correctiva. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 227.
9. _	Sistema de pantalla touch screen con teclado alfanumérico e impresora interna.	Pantalla a color touch screen. Impresora. VER FOLLETO 2 EQUIPO DE GASES PÁGINA 2El sistema realizará el análisis mientras se introduce la información del paciente usando el teclado alfanumérico (el teclado pasa a estar accesible cuando se pulsa un botón que requiera la introducciónde datos). VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 93.Impresora interna, impresora externa (directamente conectada). VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 65.
10. _	Tener protección de contraseñas para evitar el acceso no autorizado al sistema o actividades.	La protección de contraseñas previene el acceso no autorizado a actividades clave. Cuando se le pida, introduzca la contraseña que le facilitó su supervisor. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 75.
11. _	Visualización del historial de muestras y pacientes, gráficos para las soluciones de control, así como la tendencia de los resultados de los pacientes.	Base de datos simple y unificada para acceder a las muestras de los pacientes y al historial de resultados. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES PÁGINA 9. Visualización del historial del paciente: Para ver la tendencia de resultados del paciente, pulse el botón Historial del paciente situado en la parte inferior derecha de la pantalla. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 95. Buscar resultados: El potente sistema de gestión de datos del sistema GEM Premier 5000 permite buscar información en su analizador autónomo o en toda la red GEMweb Plus, lo que facilita la identificación de los datos deseados de pacientes y muestras. Para buscar los datos de muestras y pacientes, abra la pantalla Criterios búsqueda. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 102. Gráfico Delta iQM2: Los gráficos Delta muestran los valores delta mínimo, máximo y medio diarios para las soluciones de control del proceso individuales. Los valores delta representan el resultado medido menos el valor previsto. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 224.

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONSERVACIÓN PREVENTIVA 30 JUN 2026 RECIBIDO

SESVER/DJ/066/2026 ADO

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA GASES Y ELECTROLITOS ALTO RENDIMIENTO
MARCA		IL WERFEN
MODELO		GEM PREMIER 5000
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0774E2018SSA / 07 DE SEPTIEMBRE DE 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		BSI / MD 724522 /09-11-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
12. _	Acceso vía web.	Simple acceso web desde cualquier navegador. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES PÁGINA 9.
13. _	Puertos USB, para la conexión de un lector de código de barras, impresora externa y memoria USB.	USB ports (4). VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 27. Conecte el lector de código de barras al puerto periférico adecuado en la parte posterior del analizador. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 29. Impresora externa (directamente conectada). Seleccione el tipo puerto (USB o Paralelo). VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 65. Exportar: crea un archivo compatible con Microsoft Excel que puede guardarse en una red o grabarse en un CD/DVD o dispositivo de memoria USB. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 103.
14. _	Puerto de comunicación RS232C e inalámbrica para configuración de interfaz al servidos o dispositivos externos.	El sistema GEM Premier 5000 Cuenta con función para Configuración de interfaz que permite preparar y configurar las conexiones del analizador o del servidor a dispositivos externos (como sistemas de gestión de datos o sistemas SIH/SIL). Puerto de comunicación RS232C. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES PÁGINA 2. Seleccione el tipo de conexión: • Cable • Inalámbrica. VER MANUAL EQUIPO DE GASES PÁGINA 63.
15. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
16. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado	DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
17. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha	EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026

IMSS-BIE

2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA GASES Y ELECTROLITOS MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		IL-WERFEN
MODELO		GEM PREMIER 3500
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0160E2011 SSA / 19-05-2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		BSI / MD 724522 / 09-11-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1.	Analizador automatizado que realice la medición de los parámetros: pH, PO_2, PCO_2, NA+. K+, CA++, GLUCOSA, Lactato, hematocrito y parámetros calculados.	Analizador automatizado portátil con batería de respaldo interna. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2 Parámetros medidos: pH, pCO_2, pO_2, Na+, K+, ca++iónico, Glucosa, Lactato, Hematocrito. Parámetros Calculados: HCO_3, HCO_3 std, TCO_2, BEecf, EB, SO_2, THb, ca++ a pH 7.4 A-aDO_2, PaO_2 / $paCO_2$, IR. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 4.
2.	Tiempo de respuesta igual o inferior a 2 minutos.	Tiempo de respuesta 2 minutos. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
3.	Análisis a partir de sangre total, venosa, arterial, capilar y otras.	Analizar en muestra de sangre total (arterial, venosa capilar, en jeringa y capilar). VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
4.	Volumen de muestra 150 µl.	Volumen de muestra: 150 µl de sangre total heparinizada. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
5.	Sistema portátil con batería de respaldo interna de al menos 60 minutos.	Analizador automatizado portátil con batería de respaldo interna.Con batena interna de 60 minutos. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
6.	Aséptico.	Aséptico. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
7.	Requiere de un solo cartucho multiusos donde se encuentren integradas las soluciones, reactivos, sensores, bolsa de desecho, aguja toma muestras, gases, y todo lo necesario.	Cartucho multiusos, incluye soluciones, reactivos, membranas, electrodos o biosensores, gases tonometrizados, aguja toma muestra y bolsa de desecho. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
8.	Calibración y lavados automáticos.	Calibraciones y lavados automáticos. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
9.	Sistema con control de calidad automático en tiempo real después de cada muestra en tres concentraciones.	Control de Calidad automático en tiempo real después de cada muestra en tres concentraciones. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
10.	Lector de códigos de barras.	Lector de código de barras. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
11.	Gráficas de control de calidad de segmentos.	Gráfica de control de calidad de segmentos. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
12.	Bitácora de incidencias.	Bitácora de incidencias. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31. Col. Aguacatal. C.P. 91130. Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA GASES Y ELECTROLITOS MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		IL-WERFEN
MODELO		GEM PREMIER 3500
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0160E2011 SSA / 19-05-2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		BSI / MD 724522 / 09-11-2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
13. _	Corrección automática a fallas como coágulos y medicamentos.	Corrección automatica de fallas (coágulos, medicamentos). VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
14. _	Control remoto vía remota.	Control remoto vía pagina Web. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
15. _	Sistema libre de mantenimiento sin cambio de electrodos y membranas.	Libre de mantenimiento sin cambio de electrodos y membranas. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
16. _	Sistema para abrir las ampolletas de control de calidad.	Con sistema abre facil de ampolletas de control de calidad. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
17. _	Puede ser empleado por todo el personal clínico.	Empleado por todo el personal clínico. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
18. _	Sistema de pantalla sensible al tacto e impresora térmica.	Pantalla de color sensible al tacto, Impresora termica. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
19. _	Programa de contraseñas para operadores autorizados.	Introduzca la Contraseña del Operador Autorizado: El GEM Premier 3500 mostrará la pantalla de Contraseña del Operador (figura 4.11) en caso de que se haya activado la Seguridad del Operador (Capítulo 3). VER MANUAL EQUIPO GASES MR PÁGINA 233.
20. _	Memoria de hasta 12000 muestras.	Hasta 12,000 muestras en memoria. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
21. _	Puerto RS232 para interfase.	Interfase 3 puertos RS 232. VER FOLLETO EQUIPO DE GASES MR PÁGINA 2.
22. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
23. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
24. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026

1455-BLE

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Atuacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE ELECTROLITOS ALTO RENDIMIENTO
MARCA		EXIAS MEDICAL GMBH
MODELO		E|1 ANALYZER
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		1567E2021 SSA, 13/10/2026
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485 No: M-00016/0 _ QUALITY MANAGEMENT SYSTEM , VIGENCIA: 23 /ABR/ 2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Equipo automatizado o semiautomatizado para la realización de electrolitos.	1. EQUIPO AUTOMATIZADO O SEMIAUTOMATIZADO PARA LA REALIZACIÓN DE ELECTROLITOS. (VER INSTRUCCIONES DE USO e1 PÁG. 3-3).
2. _	Que procese mínimo los siguientes tipos de muestra: suero, plasma, orina.	2. QUE PROCESE MÍNIMO LOS SIGUIENTES TIPOS DE MUESTRA: SUERO, PLASMA, ORINA. (VER INSTRUCCIONES DE USO e1 PÁG. 3-3).
3. _	Que tenga la capacidad de procesar los siguientes parámetros: sodio, potasio, cloro.	3. QUE TENGA LA CAPACIDAD DE PROCESAR LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: SODIO, POTASIO, CLORO. (VER INSTRUCCIONES DE USO e1 PÁG. 3-3).
4. _	Que tenga la capacidad de emitir resultados en un lapso de 25 a 60 segundos o mínimo 30 pruebas por hora.	4. QUE TENGA LA CAPACIDAD DE EMITIR RESULTADOS EN UN LAPSO DE 25 A 60 SEGUNDOS O MÍNIMO 30 PRUEBAS POR HORA. (VER FOLLETO EXIAS e1 PÁG. 7).
5. _	Que utilice un volumen de muestra de 100 uL.	5. QUE UTILICE. UN VOLUMEN DE MUESTRA DE 100 UL. (VER FOLLETO EXIAS e1 PÁG. 7).
6. _	Capacidad de procesar muestras en mínimo lo siguiente: tubo o copas de muestras.	6. CAPACIDAD DE PROCESAR MUESTRAS EN MÍNIMO LO SIGUIENTE: TUBO O COPAS DE MUESTRAS. (VER FOLLETO EXIAS e1 PÁG. 7 E INSTRUCCIONES DE USO e1 PÁG. 3-6).
7. _	Cuente con control de calidad a dos o tres niveles.	7. CUENTE CON CONTROL DE CALIDAD A DOS O TRES NIVELES. (VER FOLLETO EXIAS e1 PÁG. 7).
8. _	Calibración automática o manual.	8. CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA O MANUAL. (VER FOLLETO EXIAS e1 PÁG. 7).
9. _	Que cuente con electrodos los necesarios para el proceso de las muestras.	9. QUE CUENTE CON ELECTRODOS LOS NECESARIOS PARA EL PROCESO DE LAS MUESTRAS. (VER INSTRUCCIONES DE USO e1 PÁG. 11-7).
10. _	Que cuente con interfaz bidireccional.	10. QUE CUENTE CON INTERFAZ BIDIRECCIONAL. (VER FOLLETO EXIAS e1 PÁG. 7).

30 JUN 2026
IMSS-BIE
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADO

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE ELECTROLITOS ALTO RENDIMIENTO
MARCA		EXIAS MEDICAL GMBH
MODELO		E|1 ANALYZER
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		1567E2021 SSA, 13/10/2026
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485 No: M-00016/0 _ QUALITY MANAGEMENT SYSTEM , VIGENCIA: 23 /ABR/ 2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
11. _	Software en español.	11. SOFTWARE EN ESPAÑOL. (VER INSTRUCCIONES DE USO e1 PÁG. 9-19 Y CARTA ANEXA).
12. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	12. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
13. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	13. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
14. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha	14. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL FARMACEUTICAL
30 JUN 2026
RECIBIDO
1155-BC

SESVER/DJ/066/2026
ADO

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE INMUNOLOGÍA ALTO RENDIMIENTO
MARCA		ABBOTT
MODELO		ALINITY i
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2308E2017 SSA / 16 DE DICIEMBRE DE 2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		FDA N°5608-2-2024-1 EMITIDO EL 14 DE MARZO DE 2024 VIGENTE HASTA EL 13 DE MARZO DE 2026
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Equipo automatizado para análisis de inmunoensayos.	1. EL MÓDULO DE PROCESAMIENTO ALINITY I ES UN ANALIZADOR DE INMUNOANÁLISIS COMPLETAMENTE AUTOMATIZADO QUE PERMITE EL ACCESO ALEATORIO Y CONTINUO. VER MANUAL ALINITY PÁGINA 15.
2. _	La metodología que utiliza es el electroquimioluminiscencia y/o quimioluminiscencia.	2. PROCESAMIENTO PRIORITARIO Y EL REANÁLISIS AUTOMÁTICO UTILIZANDO LA TECNOLOGÍA DE INMUNOANÁLISIS QUIMIOLUMINISCENTE DE MICROPARTÍCULAS (CMIA). LA TECNOLOGÍA CMIA SE UTILIZA PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE ANTÍGENOS, ANTICUERPOS Y ANALITOS EN LAS MUESTRAS VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2 Y MANUAL ALINITY PÁGINA 15.
3. _	Velocidad de mínimo 150 pruebas por hora.	3. RENDIMIENTO MAXIMO: HASTA 200 PPH. VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2.
4. _	Que cuente con posiciones de reactivo refrigeradas	4. CAPACIDAD DE REACTIVOS: HASTA 47 CARTUCHOS DE REACTIVOS RERIGERADOS A BORDO. VER FOLLETO ALINITY PAGINA 2.
5. _	Realiza la detección del nivel de líquido y detección de coagulo.	5. DETECCIÓN DEMUESTRA, COÁGULO Y BURBUJA: SI. VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2.
6. _	Que cuente con control de calidad	6. CALIBRADORES Y CONTROLES A BORDO AUTOMÁTICOS: SÍ (SOLO CONTROLES). VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2.
7. _	Realiza la dilución de muestras de manera automática.	7. VERIFICACIÓN DE UNA DILUCIÓN AUTOMÁTICA: REALICE ESTE PROCEDIMIENTO PARA COMPROBAR QUE LAS DILUCIONES REALIZADAS MEDIANTE ALINITY CI-SERIES SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS LÍMITES DE ACEPTACIÓN. VER MANUAL ALINITY PÁGINA 1301.
8. _	Volumen de muestra de máximo 160 microlitros	8. VOLUMEN DE MUESTRA: 2UL - 200 UL. VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2.
9. _	Lector de código de barras	9. TIPOS DE CÓDIGOS DE BARRA DE MUESTRAS: CÓDIGO 128, CÓDIGO ESTÁNDAR 39, INTERCALADO 2 DE 5, CODABAR. VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2.
10. _	Almacenamiento mínimo de 10,000 muestras.	10. ALMACENAMIENTO DE RESULTADOS DE MUESTRAS: 200,000. VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2.
11. _	Capaz de interfasarse.	11. INTERFAZ DE HOST: HL7 OR ASTM. VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2.

30 JUN 2026
IMSS-BIE
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE INMUNOLOGÍA ALTO RENDIMIENTO
MARCA		ABBOTT
MODELO		ALINITY i
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2308E2017 SSA / 16 DE DICIEMBRE DE 2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		FDA N°5608-2-2024-1 EMITIDO EL 14 DE MARZO DE 2024 VIGENTE HASTA EL 13 DE MARZO DE 2026
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
12. _	Capaz de procesar muestras en plasma, suero y orina	12. TIPOS DE MUESTRAS: SUERO, PLASMA, SANGRE ENTERA, ORINA. VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2.
13. _	Calibración automática	13. CALIBRADORES Y CONTROLES A BORDO AUTOMÁTICOS: SÍ (SOLO CONTROLES). VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2.
14. _	Reactivos listos para su uso.	14. TIPO DE REACTIVO: 100% LÍQUIDO LISTO PARA USAR. VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 2.
15. _	Software en español.	15. FIGURA 141: PANTALLA DE INICIO. VER FOLLETO ALINITY PÁGINA 441.
16. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	16. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
17. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	17.DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
18. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	18. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE INMUNOLOGÍA ALTO RENDIMIENTO
MARCA	ROCHE DIAGNOSTICS
MODELO	COBAS E601
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	REGISTRO SANITARIO: 0876E2007 SSA VIGENCIA 17 ENERO 2029
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	ISO 13485:2016 No. SX 2002396-1 VALIDO 30 ABRIL 2027 EMITIDO POR TUV RHEINLAND LGA 18- ABRIL- 2024
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. EQUIPO AUTOMATIZADO PARA ANÁLISIS DE INMUNOENSAYOS.	1. ANALIZADOR MULTICANAL, COMPLETAMENTE AUTOMATIZADO, CON CARGA CONTINUA Y ACCESO ALEATORIO PARA EL ANÁLISIS DISCRETO Y SELECTIVO DE INMUNO ENSAYOS HETEROGÉNEOS. VER FOLLETO COBAS E601, PÁG. 4
2. LA METODOLOGÍA QUE UTILIZA ES EL ELECTRO QUIMIOLUMINISCENCIA Y/ O QUIMIOLUMINISCENCIA.	2.- LA METODOLOGÍA QUE UTILIZA ES EL ELECTRO QUIMIOLUMINISCENCIA. VER FOLLETO COBAS E601, PÁG. 4
3. VELOCIDAD DE MÍNIMO 150 PRUEBAS POR HORA.	3. RENDIMIENTO DE 170 PRUEBAS POR HORA. VER FOLLETO COBAS E 601, PÁG. 2
4. QUE CUENTE CON POSICIONES DE REACTIVO REFRIGERADAS	4. 25 CANALES REFRIGERADOS A TEMPERATURA CONTROLADA. VER FOLLETO COBAS E 601, PÁG. 2
5. REALIZA LA DETECCIÓN DEL NIVEL DE LÍQUIDO Y DETECCIÓN DE COAGULO.	5. DETECCIÓN DE NIVEL DE LÍQUIDO Y DETECCIÓN DE COÁGULOS. VER FOLLETO COBAS E 601, PÁG. 4 Y MANUAL COBAS 6000 PÁG. A-78
6. QUE CUENTE CON CONTROL DE CALIDAD	6. SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD INCORPORADO. VER FOLLETO COBAS E 601, PÁG. 5
7. REALIZA LA DILUCIÓN DE MUESTRAS DE MANERA AUTOMÁTICA.	7. DILUCIÓN AUTOMÁTICA EN MUESTRAS. VER FOLLETO COBAS E 601, PÁG. 4
8. VOLUMEN DE MUESTRA DE MÁXIMO 160 MICROLITROS	8. VOLUMEN DE MUESTRA DE 1-35 µl. VER FOLLETO COBAS E 601, PÁG. 4
9. LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS	9. LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS. VER MANUAL COBAS 6000, PÁG A97 Y A77
10. ALMACENAMIENTO MÍNIMO DE 10,000 MUESTRAS.	10. ALMACENA HASTA 10,000 MUESTRAS. VER FOLLETO COBAS E 601,PÁG. 5
11. CAPAZ DE INTERFASARSE.	11. RS 232 INTERFASE SERIAL BIDIRECCIONAL. VER FOLLETO COBAS E 601,PÁG. 5
12. CAPAZ DE PROCESAR MUESTRAS EN PLASMA, SUERO Y ORINA	12. MATERIAL DE MUESTRA PLASMA, SUERO Y ORINA . VER FOLLETO COBAS E 601, PÁG. 4

30 JUN 2026

IMSS-BIENESTAR 2026

SESVER/DJ/0062026

ADO

Soconusco No. 31, Col. Xalcatal. C.P. 91130. Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO	ANALIZADOR DE INMUNOLOGÍA ALTO RENDIMIENTO
MARCA	ROCHE DIAGNOSTICS
MODELO	COBAS E601
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	REGISTRO SANITARIO: 0876E2007 SSA VIGENCIA 17 ENERO 2029
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	ISO 13485:2016 No. SX 2002396-1 VALIDO 30 ABRIL 2027 EMITIDO POR TUV RHEINLAND LGA 18- ABRIL- 2024
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
13. CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA	13. CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA. VER MANUAL COBAS 6000,PÁG. A47
14. REACTIVOS LISTOS PARA SU USO.	14. REACTIVOS LISTOS PARA SU USO. VER INSERTO TESTOSTERONA, PÁG. 1 DE 6 Y VER FOLLETO COBAS E 601, PÁG. 4
15. SOFTWARE EN ESPAÑOL.	15. IDIOMA ESPAÑOL (SOFTWARE EN ESPAÑOL). VER FICHA TÉCNICA COBAS E601, PÁG. 1
16. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO.	16. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
17. Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	17. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
18. En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	18. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

IMSS-BIE

2026

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE INMUNOLOGÍA ALTO RENDIMIENTO
MARCA		ABBOTT
MODELO		ARCHITECT i2000 SR
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		RS 0176E2012 SSA VIGENCIA 05 DE ABRIL DE 2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		FDA N°5608-2-2024-1 EMITIDO EL 14 DE MARZO DE 2024 VIGENTE HASTA EL 13 DE MARZO DE 2026
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Equipo automatizado para análisis de inmunoensayos.	1. El ARCHITECT i2000SR ES UN SISTEMA DE INMUNOANÁLISIS COMPLETAMENTE AUTOMATIZADO. VER MANUAL DE OPERACIONES SISTEMA ARCHITECT, PÁG. CAPÍTULO 1-7
2. _	La metodología que utiliza es el electroquimioluminiscencia y/o quimioluminiscencia.	2. METODOLOGÍA CHEMIFLEX QUIMILUMINISCENCIA. VER FOLLETO ARCHITECT, PÁG. 3 (INNMUNOANÁLISIS DE MICROPARTÍCULAS QUIMIOLUMINISCENTES) QUE RECIBE Y AMPLIFICA LAS SEÑALES LUMINOSAS EMITIDAS POR LA SOLUCIÓN DE REACCIÓN. VER MANUAL DE OPERACIONES SISTEMA ARCHITECT, PÁG. GLOSARIO-21
3. _	Velocidad de mínimo 150 pruebas por hora.	3. PRODUCTIVIDAD HASTA 200 PRUEBAS POR HORA. VER FOLLETO ARCHITECT, PÁG. 3
4. _	Que cuente con posiciones de reactivo refrigeradas	4. SISTEMA I; CARRUSEL REFRIGERADO SITUADO EN EL CENTRO DE PROCESAMIENTO QUE PROPORCIONA ALMACENAMIENTO REFRIGERADO Y CON CONTROL DE TEMPERATURA PARA LOS FRASCOS DE REACTIVOS. VER MANUAL DE OPERACIONES SISTEMA ARCHITECT, PÁG. GLOSARIO-5
5. _	Realiza la detección del nivel de líquido y detección de coagulo.	5. DETECCIÓN DE COÁGULO Y BURBUJAS EN LAS MUESTRAS. VER FOLLETO ARCHITECT, PÁG. 3 DETECCIÓN DE NIVEL DE LÍQUIDO. VER MANUAL DE OPERACIONES SISTEMA ARCHITECT, PÁG. CAPÍTULO 5-248
6. _	Que cuente con control de calidad	6. CONTROL DE CALIDAD, PROPORCIONA ACCESO A LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA REVISIÓN DE DATOS DE LOS GRÁFICOS. VER MANUAL DE OPERACIONES SISTEMA ARCHITECT, PÁG. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA-19
7. _	Realiza la dilución de muestras de manera automática.	7. DILUCIÓN AUTOMÁTICA. VER FOLLETO ARCHITECT, PÁG. 3
8. _	Volumen de muestra de máximo 160 microlitros	8. VOLUMEN DE MUESTRA DE 10- 150 µl. VER FOLLETO ARCHITECT, PÁG. 3
9. _	Lector de código de barras	9. LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS. VER MANUAL DE OPERACIONES SISTEMA ARCHITECT, PÁG. CAPÍTULO 1-108
10. _	Almacenamiento mínimo de 10,000 muestras.	10. ALMACENAMIENTO DE RESULTADOS (ALMACENAMIENTO DE MUESTRAS) 50,000 VER FOLLETO ARCHITECT, PÁG. 3
11. _	Capaz de interfasarse.	11. INTERFAZ BIDIRECCIONAL SERIAL, RS-232. VER FOLLETO ARCHITECT, PÁG. 3
12. _	Capaz de procesar muestras en plasma, suero y orina	12. TIPO DE MUESTRA: PLASMA, SUERO Y ORINA. VER FOLLETO ARCHITECT, PÁG. 3

30 JUN 2026
IMSS-BIENESTAR

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE INMUNOLOGÍA ALTO RENDIMIENTO
MARCA		ABBOTT
MODELO		ARCHITECT i2000 SR
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		RS 0176E2012 SSA VIGENCIA 05 DE ABRIL DE 2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		FDA N°5608-2-2024-1 EMITIDO EL 14 DE MARZO DE 2024 VIGENTE HASTA EL 13 DE MARZO DE 2026
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
13. _	Calibración automática	13. CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA DE ENSAYOS. LA CALIBRACIÓN AUTOMÁTICA DE ENSAYOS ES EL PROCESO QUE UTILIZA EL SISTEMA PARA SOLICITAR AUTOMÁTICAMENTE CALIBRACIONES . VER MANUAL DE OPERACIONES SISTEMA ARCHITECT, PÁG. CAPÍTULO 6-3
14. _	Reactivos listos para su uso.	14. TIPO DE REACTIVOS 100% LÍQUIDOS LISTOS PARA USAR. VER FOLLETO ARCHITECT, PÁG. 3
15. _	Software en español.	15. IDIOMA DES SITEMA (SOFTWARE EN ESPAÑOL.) VER MANUAL DE OPERACIONES SISTEMA ARCHITECT, PÁG. APENDICE E-171 Y E-172
16. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	16. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
17. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	17. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
18. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	18. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026
AHSS-BLC
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE INMUNOLOGÍA MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		ROCHE DIAGNOSTICS
MODELO		COBAS E 411
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		NÚMERO DE TRÁMITE PRORROGA: 223300226B0717 FECHA DE TRÁMITE 23-05-2022 REGISTRO SANITARIO 1195E2007 SSA VIGENCIA 23-05-2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 No. SX 2002396-1 VALIDO 30 ABRIL 2027 EMITIDO POR TUV RHEINLAND LGA 18- ABRIL- 2024
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Equipo automatizado para análisis de inmunoensayos.	1.- SISTEMA PARA INMUNOENSAYOS, TOTALMENTE AUTOMATIZADO. VER FOLLETO COBAS E411, PÁG. 4
2. _	La metodología que utiliza es electroquimioluminiscencia y /o quimioluminiscencia	2.- LA METODOLOGÍA QUE UTILIZA ES ELECTRO QUIMIOLUMINISCENCIA. VER FOLLETO COBAS E411, PÁG. 2
3. _	Velocidad de mínimo 90 pruebas por hora.	3.- RENDIMIENTO 90 PRUEBAS POR HORA. VER FOLLETO COBAS E411, PÁG. 4
4. _	con posiciones de reactivos refrigerada	4.- TEMPERATURA DEL ROTOR DE REACTIVOS REFRIGERACIÓN +-3°C. VER MANUAL COBAS E411, PÁG. A42
5. _	Realiza la detección del nivel de líquido y detección de coagulo.	5. REALIZA LA DETECCIÓN DEL NIVEL DE LÍQUIDO Y DETECCIÓN DE COAGULO. VER MANUAL COBAS E411, PÁG. A38
6. _	Realiza la dilución de muestras de manera automática.	6. DILUCIÓN AUTOMÁTICA. VER MANUAL COBAS E411, PÁG. A42
7. _	Volumen de muestra de máximo 160 microlitros	7. VOLUMEN DE MUESTRA: DE 10 A 15 µL POR PRUEBA. VER FOLLETO COBAS E411, PÁG. 4
8. _	Lector de código de barras	8. LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS. VER FOLLETO COBAS E411, PÁG. 4. Y VER MANUAL COBAS E411, PÁG. A-69
9. _	Almacena mínimo 2,000 muestras.	9. BASE DE DATOS DE MUESTRAS: 2000 RESULTADOS. VER FOLLETO COBAS E411, PÁG. 4
10._	Capaz de interfasarse.	10. INTERFASE DEL SISTEMA, INTERFAZ SERIAL RS232. VER FOLLETO COBAS E411, PÁG. 4
11._	Capaz de procesar muestras en plasma, suero y orina	11. TIPO DE MUESTRAS: SUERO, PLASMA Y ORINA. VER FOLLETO COBAS E411, PÁG. 4
12._	Reactivos listos para su uso.	12. REACTIVOS LISTOS PARA SU USO. VER FOLLETO COBAS E411, PÁG. 4

30 JUN 2026

IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/066/2026 ADO

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE INMUNOLOGÍA MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		ROCHE DIAGNOSTICS
MODELO		COBAS E 411
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		NÚMERO DE TRÁMITE PRORROGA: 223300226B0717 FECHA DE TRÁMITE 23-05-2022 REGISTRO SANITARIO 1195E2007 SSA VIGENCIA 23-05-2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 No. SX 2002396-1 VALIDO 30 ABRIL 2027 EMITIDO POR TUV RHEINLAND LGA 18- ABRIL- 2024
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
13._	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	13. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA
14._	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	14. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
15._	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	15. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026 IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE INMUNOLOGÍA BAJO RENDIMIENTO
MARCA		BIOMERIEUX
MODELO		MINI VIDAS
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA: 223300226B0687 FECHA DE TRÁMITE 18-05-2022 REGISTRO SANITARIO 2835E2012 SSA VIGENCIA 18-05-2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 9001:2015 No 21358 REV. 6 VALIDO DESDE 03-07-2024 CON VIGENCIA AL 12-07-2027 EMITIDO POR GMED
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Principio de medición: ELFA (ensayo inmunofluorescencia).	1. PRINCIPIO DE MEDICIÓN: ELFA (FLUORESCENCIA). VER INSERTO DE TSH, PÁGINA 1
2. _	Capacidad de procesamiento de muestras adaptada a diferentes volúmenes de prueba (30 o 60 pruebas / hora), dependiendo la velocidad del tipo de analito.	2. 30 RESULTADOS EN UNA HORA. VER MANUAL MINIVIDAS, PÁGINA 3-2
3. _	Volumen máximo de muestra 200 microlitros	3. VOLUMEN MÁXIMO DE MUESTRA 200 µl VER GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA, PÁGINA 1 Y VER INSERTO TSH,Pág 5.
4. _	Cartucho de reactivos	4.CARTUCHO DE REACTIVOS CON 10 POSILLOS UN POSILLO SE RESERVA A LA MUESTRA. VER MANUAL MINIVIDAS, PÁGINA. 9-1
5. _	Que cuente con sistema de incubación, de acuerdo a especificaciones del fabricante.	5. UN SISTEMA DE INCUBACIÓN DESTINADO A MANTENER TODOS LOS COMPONENTES A LA TEMPERATURA DESEADA. VER MANUAL MINIVIDAS, PÁGINA. 2-2
6. _	Equipo con lector de código de barras.	6. UN LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS. VER MANUAL MINIVIDAS, PÁGINA. 2-2
7. _	Calibración automática y/o manual.	7. CALIBRACIÓN AUTOMÁTCA Y CALBRACIÓN MANUAL DE LA ÓPTICA. VER MANUAL MINIVIDAS, PÁGINA. 8-7 Y 8-30
8. _	Control de calidad integrado	8.- CONTROL DE CALIDAD DEL MINI VIDAS. VER MANUAL MINIVIDAS, PÁGINA. 8-27
9. _	Puerto de comunicación para interfase	9.- INTERFAZ ORDENADOR MONODIRECCIONAL. VER MANUAL MINIVIDAS, PÁGINA. 8-45
10. _	Software en español	10.- IDIOMA EN ESPAÑOL. VER MANUAL MINIVIDAS, PÁGINA 3-9
11. _	Monitor o pantalla e impresora integrados o adicionales	11. TECLADO, PANTALLA E IMPRESORA TÉRMICA. VER MANUAL MINIVIDAS, PÁGINA 2-2
12. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	12. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA ANEXA

30 JUN 2026

IMSS-BIE

2026

SESVER/DJ/0061/2026

AD

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE INMUNOLOGÍA BAJO RENDIMIENTO
MARCA		BIOMERIEUX
MODELO		MINI VIDAS
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		NÚMERO DE SOLICITUD DE PRORROGA: 223300226B0687 FECHA DE TRÁMITE 18-05-2022 REGISTRO SANITARIO 2835E2012 SSA VIGENCIA 18-05-2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 9001:2015 No 21358 REV. 6 VALIDO DESDE 03-07-2024 CON VIGENCIA AL 12-07-2027 EMITIDO POR GMED
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
13. –	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	13. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA ANEXA
14. –	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	14. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA ANEXA

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026 SECRETARÍA DE SALUD FIRMA DE RECIBIDO 2026

SESVER/DJ/1062026 ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA UROÁNALISIS ALTO RENDIMIENTO
MARCA		ROCHE
MODELO		COBAS U 601
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		N° DE REGISTRO SANITARIO: 1026E2015 SSA VIGENCIA: 9 DE JULIO DE 2030
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 INSTITUCIÓN: TÜV RHEINLAND LGA PRODUCTS GMBH N° DE REGISTRO DEL CERTIFICADO: 1006099-1 VIGENCIA: 17 DE NOVIEMBRE DE 2025
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Sistema de análisis de orina totalmente automatizado para la determinación de analitos urinarios. Diseñado para leer las tiras reactivas.	1. SISTEMA DE ANÁLISIS DE ORINA TOTALMENTE AUTOMATIZADO PARA LA DETERMINACIÓN CUALITATIVA O SEMICUANTITATIVA IN VITRO DE ANALITOS URINARIOS. ESTÁ DISEÑADO PARA LEER LAS TIRAS REACTIVAS. (VER MANUAL COBAS U 601 PÁGINA 2)
2. _	Lectura de tira reactiva de 11 parámetros.	2. LECTURA DE TIRA REACTIVA DE 12 PARÁMETROS. (VER CATÁLOGO ANALIZADOR DE ORINA COBAS SERIE 6500 PÁGINA 2)
3. _	Parámetros: Bilirrubina, Urobilinógeno, Cetonas, Glucosa, Proteínas, Eritrocitos, Nitritos, Leucocitos, Gravedad específica, pH.	3. PARÁMETROS: ERITROCITOS Y HEMOGLOBINA, LEUCOCITOS, NITRITOS, CETONAS, GLUCOSA, PROTEÍNA, UROBILINÓGENO, BILIRRUBINA, PH, COLOR, ASPECTO (TURBIDEZ), DENSIDAD ESPECIFICA. (VER CATÁLOGO ANALIZADOR DE ORINA COBAS SERIE 6500 PÁGINA 2)
4. _	Principio de medición: Fotometría de reflectancia.	4. FOTOMETRÍA DE REFLECTANCIA CON 4 DIFERENTES LONGITUDES DE ONDA (465,528,560 Y 615 NM) REFRACTOMETRIA: PRUEBAS DE DENSIDAD ESPECÍFICA TURBIDIMETRIA: PARA EL ASPECTO DE LA ORINA (VER CATÁLOGO ANALIZADOR DE ORINA COBAS SERIE 6500 PÁGINA 2)
5. _	Velocidad: mínimo 210 tiras/hora.	5. VELOCIDAD: HASTA 240 MUESTRAS/HORA SOLO CON ANÁLISIS DE TIRA REACTIVA (VER CATÁLOGO ANALIZADOR DE ORINA COBAS SERIE 6500 PÁGINA 2)
6. _	Volumen mínimo de muestra: 2.0 mL.	6. VOLUMEN MÍNIMO DE MUESTRA: 2.0 ML. (VER CATÁLOGO ANALIZADOR DE ORINA COBAS SERIE 6500 PÁGINA 2)
7. _	Capacidad de almacenar de 10,000 resultados.	7. CAPACIDAD DE ALMACENAR DE 10,000 RESULTADOS. (VER CATÁLOGO ANALIZADOR DE ORINA COBAS SERIE 6500 PÁGINA 2)
8. _	Con capacidad de interface	8. CON CAPACIDAD DE INTERFACE (INTERFACES USB 1.1/2.0: CONEXIÓN A DISPOSITIVOS DE ALMACENAMIENTO EXTERNO, USB 1.1/2.0: CONEXIÓN A DISPOSITIVOS PERIFÉRICOS Y RJ45: CONEXIÓN A LA RED) (VER MANUAL COBAS U 601 PÁGINA 78)
9. _	Pantalla integrada o adicional	9. PANTALLA TÁCTIL. (VER MANUAL COBAS U 601 PÁGINA 78)

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA UROÁNALISIS ALTO RENDIMIENTO
MARCA		ROCHE
MODELO		COBAS U 601
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		N° DE REGISTRO SANITARIO: 1026E2015 SSA VIGENCIA: 9 DE JULIO DE 2030
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 INSTITUCIÓN: TÜV RHEINLAND LGA PRODUCTS GMBH N° DE REGISTRO DEL CERTIFICADO: 1006099-1 VIGENCIA: 17 DE NOVIEMBRE DE 2025
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
10. _	Calibración manual o automática	10. CALIBRACIÓN MANUAL DE LA UNIDAD FOTOMÉTRICA: PARA GARANTIZAR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD FOTOMÉTRICA, DEBE REALIZARSE UN ANÁLISIS DE CALIBRACIÓN CADA 4 SEMANAS. CONSISTE EN MEDIR LAS ALMOHADILLAS DE UNA TIRA DE CALIBRACIÓN ESPECÍFICA Y DE LA PLACA DE REFERENCIA INTEGRADA. (VER MANUAL COBAS U 601 PÁGINAS 2 Y 158)
11. _	Código de barras	11. CÓDIGO DE BARRAS (VER MANUAL COBAS U 601 PÁGINA 74)
12. _	Impresora externa.	12. IMPRESORA EXTERNA. (VER CARTA DE REFERENCIA)
13. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	13. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. (VER CARTA DE REFERENCIA)
14. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	14. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. (VER CARTA DE REFERENCIA)
15. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	15. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. (VER CARTA DE REFERENCIA)

30 JUN 2026

SESVER/DJ/0661/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA UROÁNALISIS MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		ROCHE
MODELO		COBAS U 411
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		N° DE REGISTRO SANITARIO: 0340E2007 SSA VIGENCIA: 03 DE JULIO DE 2029
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 INSTITUCIÓN: TÜV SÜD PRODUCT SERVICE GMBH NÚMERO DE CERTIFICADO: Q5 051951 0018 REV. 04 VIGENCIA: 30 DE JUNIO DE 2026
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Equipo semiautomatizado de tiras reactivas de orina	1. ANALIZADOR SEMIAUTOMATIZADO DE TIRAS REACTIVAS PARA ORINA (VER CATÁLOGO COBAS U 411 PÁGINA 2)
2. _	Velocidad 500 tiras por hora	2. VELOCIDAD APROX. 600 TIRAS REACTIVAS/H. (VER CATÁLOGO COBAS U 411 PÁGINA 2)
3.	Parámetros: Bilirrubina, Urobilinógeno, Cetonas, Glucosa, Proteínas, Eritrocitos, Nitritos, Leucocitos, Gravedad específica, pH.	3. PARÁMETROS: GRAVEDAD ESPECÍFICA, PH, LEUCOCITOS, NITRITO, PROTEÍNA, GLUCOSA, CETONAS, UROBILINÓGENO, BILIRRUBINA, SANGRE (ERITROCITOS/HEMOGLOBINA), COLOR. (VER CATÁLOGO COBAS U 411 PÁGINA 2)
4. _	Capacidad de almacenamiento 900 resultados mínimo	4. MEMORIA 1000 RESULTADOS DE MUESTRA, 300 RESULTADOS DE CONTROL (3 NIVELES) (VER CATÁLOGO COBAS U 411 PÁGINA 2)
5. _	Entrada de datos vía teclado	5. ENTRADA DE DATOS VÍA TECLADO NUMÉRICO (VER MANUAL COBAS U 411 PÁGINA B-26)
6. _	Interface R232	6. INTERFACE R232 (VER MANUAL COBAS U 411 PÁGINA A-35)
7. _	Idioma Español	7. IDIOMA ESPAÑOL (VER MANUAL COBAS U 411 PÁGINA 2)
8. _	Lector de código de barras	8. LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS (VER CATÁLOGO COBAS U 411 PÁGINA 2)
9. _	Sistema de transporte de tiras reactivas y procesamiento automático de los valores de medición	9. SISTEMA DE TRANSPORTE DE TIRAS REACTIVAS Y PROCESAMIENTO AUTOMÁTICO DE LOS VALORES DE MEDICIÓN. (VER MANUAL COBAS U 411 PÁGINAS A-26 Y A-17)
10. _	Pantalla e impresora integrado o adicional	10. PANTALLA LCD TÁCTIL E IMPRESORA TÉRMICA. (VER CATÁLOGO COBAS U 411 PÁGINA 2)
11. _	Reconocimiento automático de tira	11. EL SENSOR FOTOELÉCTRICO DETECTA LA TIRA REACTIVA. (VER MANUAL COBAS U 411 PÁGINA A-14)

30 JUN 2026 IMSS-BIENESTAR 2026

SESVER/DJ/ /20

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA UROÁNALISIS MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		ROCHE
MODELO		COBAS U 411
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		N° DE REGISTRO SANITARIO: 0340E2007 SSA VIGENCIA: 03 DE JULIO DE 2029
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 INSTITUCIÓN: TÜV SÜD PRODUCT SERVICE GMBH NÚMERO DE CERTIFICADO: Q5 051951 0018 REV. 04 VIGENCIA: 30 DE JUNIO DE 2026
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
12. _	Lectura mediante sensor CCD	12. LECTURA MEDIANTE SENSOR CCD Y LED. (VER MANUAL COBAS U 411 PÁGINA A-37)
13. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	13. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. (VER CARTA DE REFERENCIA)
14. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	14. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. (VER CARTA DE REFERENCIA)
15. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	15. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. (VER CARTA DE REFERENCIA)

30 JUN 2026

IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/0669/2026

PDG

Soconusco No. 21, Col. Aguacatal C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA UROÁNALISIS BAJO RENDIEMIENTO
MARCA		ROCHE
MODELO		URISYS 1100
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		CONSTANCIA DE PRORROGA: 223300226B1327 N° DE REGISTRO SANITARIO: 0278E2008 SSA VIGENCIA: 13 DE OCTUBRE DE 2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 INSTITUCIÓN: TÜV RHEINLAND LGA PRODUCTS GMBH N° DE REGISTRO DEL CERTIFICADO: SX 1006099-1 VIGENCIA: 17 DE NOVIEMBRE DE 2025
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Analizador de orina compacto	1. ANALIZADOR COMPACTO, RÁPIDO Y FÁCIL DE OPERAR. ANALIZADOR DE ORINA URISYS 1100 (VER CATÁLOGO URISYS 1100 PÁGINAS 1 Y 2)
2. _	Lectura de tira reactiva de mínimo 10 parámetros	2. LECTURA DE TIRA REACTIVA DE 11 PARÁMETROS. (VER INSERTO COMBUR 10 TEST UX PÁGINA 1)
3. _	Parámetros: Bilirrubina, Urobilinógeno, Cetonas, Glucosa, Proteínas, Eritrocitos, Nitritos, Leucocitos, Gravedad específica, pH.	3. GRAVEDAD ESPECÍFICA (SG), PH, LEUCOCITOS (LEU), NITRITO (NIT), PROTEÍNA (PRO), GLUCOSA (GLU), CUERPOS CETÓNICOS (KET), UROBILINÓGENO (UBG), BILIRRUBINA (BIL), SANGRE (ERY/HB), ÁREA DE COMPENSACIÓN. (VER INSERTO COMBUR 10 TEST UX PÁGINA 1)
4. _	Principio de medición: Fotometría de reflectancia.	4. PRINCIPIO DE MEDICIÓN: FOTÓMETRO DE REFLECTANCIA. (VER CATÁLOGO URISYS 1100 PÁGINA 2)
5. _	Velocidad: 50 tiras/hora.	5. VELOCIDAD: 50 PRUEBAS POR HORA. (VER CATÁLOGO URISYS 1100 PÁGINA 2)
6. _	**Memoria para mínimo 100 resultados**	6. MEMORIA PARA 100 RESULTADOS CON HORA Y FECHA. (VER CATÁLOGO URISYS 1100 PÁGINA 2)
7. _	Impresora integrada o adicional	7. IMPRESORA TÉRMICA. (VER CATÁLOGO URISYS 1100 PÁGINA 2)
8. _	Capacidad de interfasarce	8. INTERFACES PARA TRANSFERENCIA DE DATOS. (VER CATÁLOGO URISYS 1100 PÁGINA 2)
9. _	Pantalla integrada o adicional.	9. PANTALLA DE CRISTAL LÍQUIDO DE 2 LÍNEAS Y 24 CARACTERES. (VER CATÁLOGO URISYS 1100 PÁGINA 2)

30 JUN 2026

IMSS-BIENESTAR 2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA UROÁNALISIS BAJO RENDIEMIENTO
MARCA		ROCHE
MODELO		URISYS 1100
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		CONSTANCIA DE PRORROGA: 223300226B1327 N° DE REGISTRO SANITARIO: 0278E2008 SSA VIGENCIA: 13 DE OCTUBRE DE 2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 INSTITUCIÓN: TÜV RHEINLAND LGA PRODUCTS GMBH N° DE REGISTRO DEL CERTIFICADO: SX 1006099-1 VIGENCIA: 17 DE NOVIEMBRE DE 2025
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
10. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	10. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. (VER CARTA DE REFERENCIA)
11. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	11. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. (VER CARTA DE REFERENCIA)
12. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	12. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. (VER CARTA DE REFERENCIA)

30 JUN 2026

1455 - BLC

2026

SESVER/DJ/1066/2026

ADQ.

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		EQUIPO TROMBOELASTÓMETRO ALTO RENDIMIENTO
MARCA		TEM
MODELO		ROTEM DELTA
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		1476E2018 SSA / 18 DE AGOSTO DE 2030
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		BAYERISCHES LANDESAMT FUR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT / NO. AP-2697-22-V2661-D16575/2017
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	SISTEMA DE TROMBOELASTOMETRÍA PARA EL DIAGNÓSTICO IN VITRO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO, EN LA CABECERA DEL PACIENTE O EN LABORATORIOS HOSPITALARIOS, DE LA COAGULACIÓN DE UNA MUESTRA DE SANGRE DESDE LA FORMACIÓN DEL COÁGULO, LA RETRACCIÓN Y LA LISIS.	1. SISTEMA DE TROMBOELASTOMETRÍA PARA EL DIAGNÓSTICO IN VITRO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO, EN LA CABECERA DEL PACIENTE O EN LABORATORIOS HOSPITALARIOS, DE LA COAGULACIÓN DE UNA MUESTRA DE SANGRE DESDE LA FORMACIÓN DEL COÁGULO, LA RETRACCIÓN Y LA LISIS. **VER MANUAL DE OPERACION PAG 4-1**
2. _	QUE DESCRIBA LA INTERACCIÓN ENTRE LOS DIVERSOS COMPONENTES, COMO LOS FACTORES DE LA COAGULACIÓN Y LOS INHIBIDORES, FIBRINÓGENO, PLAQUETAS, Y EL SISTEMA DE FIBRINÓLISIS	2. QUE DESCRIBA LA INTERACCIÓN ENTRE LOS DIVERSOS COMPONENTES, COMO LOS FACTORES DE LA COAGULACIÓN Y LOS INHIBIDORES, FIBRINÓGENO, PLAQUETAS, Y EL SISTEMA DE FIBRINÓLISIS. **VER MANUAL DE OPERACION PAG 4-1**
3. _	QUE PUEDA DETECTAR DIFERENTES FÁRMACOS QUE INFLUYEN SOBRE LA HEMOSTASIA, EN PARTICULAR LOS ANTICOAGULANTES.	3. QUE PUEDA DETECTAR DIFERENTES FÁRMACOS QUE INFLUYEN SOBRE LA HEMOSTASIA, EN PARTICULAR LOS ANTICOAGULANTES. **VER MANUAL DE OPERACION PAG 4-1**
4. _	QUE GENERE UNA CURVA DE REACCIÓN Y CALCULE DIFERENTES PARÁMETROS NUMÉRICOS (CINÉTICA Y FIRMEZA) EN UN ANÁLISIS MATEMÁTICO DE LA CURVA.	4. QUE GENERE UNA CURVA DE REACCIÓN Y CALCULE DIFERENTES PARÁMETROS NUMÉRICOS (CINÉTICA Y FIRMEZA) EN UN ANÁLISIS MATEMÁTICO DE LA CURVA. **VER MANUAL DE OPERACION PAG 4-2**
5. _	QUE CONTENGA UN FILTRO DE RUIDOS QUE EVITE LOS POSIBLES ERRORES DEBIDOS A RUIDO MECÁNICO O ELECTRÓNICO.	5. QUE CONTENGA UN FILTRO DE RUIDOS QUE EVITE LOS POSIBLES ERRORES DEBIDOS A RUIDO MECÁNICO O ELECTRÓNICO. **VER MANUAL DE OPERACION PAG 4-2**
6. _	CON LECTOR DE CÓDIGO DE BARRA	6. CON LECTOR DE CÓDIGO DE BARRA. **VER FOLLETO ROTEM DELTA PAG 4**
7. _	QUE CUENTE CON DOS NIVELES DE CONTROL DE CALIDAD	7. QUE CUENTE CON DOS NIVELES DE CONTROL DE CALIDAD **VER FOLLETO ROTEM DELTA PAG 4**

30 JUN 2026
LMSS-BLC
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADO

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		EQUIPO TROMBOELASTÓMETRO ALTO RENDIMIENTO
MARCA		TEM
MODELO		ROTEM DELTA
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		1476E2018 SSA / 18 DE AGOSTO DE 2030
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		BAYERISCHES LANDESAMT FUR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT / NO. AP-2697-22-V2661-D16575/2017
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
8. _	CON INTERFACE QUE PERMITA LA TRANSFERENCIA EN TIEMPO REAL DE LA MEDICIÓN A UN BUSCADOR DE RED EN UNA COMPUTADORA REMOTA CON LA INTENCIÓN DE QUE LAS MEDICIONES DEL SISTEMA SE PUEDAN VISUALIZAR EN OTRA LOCALIZACIÓN, LAS PANTALLAS Y CAPTURAS DE PANTALLAS SE PUEDAN ALMACENAR EN LA COMPUTADORA REMOTA Y SE PUEDA UTILIZAR DE FORMA MÚLTIPLE EN LA RED.	8. CON INTERFACE QUE PERMITA LA TRANSFERENCIA EN TIEMPO REAL DE LA MEDICIÓN A UN BUSCADOR DE RED EN UNA COMPUTADORA REMOTA CON LA INTENCIÓN DE QUE LAS MEDICIONES DEL SISTEMA SE PUEDAN VISUALIZAR EN OTRA LOCALIZACIÓN, LAS PANTALLAS Y CAPTURAS DE PANTALLAS SE PUEDAN ALMACENAR EN LA COMPUTADORA REMOTA Y SE PUEDA UTILIZAR DE FORMA MÚLTIPLE EN LA RED. **VER MANUAL DE OPERACION PAG 6-18, 6-19 Y FICHA TECNICA DE SISTEMA INFORMATICO PAG 1**
9. _	QUE PUEDA CONECTARSE A SISTEMA MIDDLEWARE CON POSIBILIDAD DE CONFIGURAR REMOTAMENTE CIERTOS AJUSTES DEL ANALIZADOR, QUE PERMITE A LOS GERENTES O A LOS USUARIOS CLAVE ACCEDER A TAREAS CLAVE DEL SISTEMA, COMO LA CONFIGURACIÓN Y LA GESTIÓN DE USUARIOS, QUE LOS RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE CALIBRACIÓN PUEDAN VERSE A DEMANDA A TRAVÉS DEL ANALIZADOR O DE UN BUSCADOR DE RED Y QUE PERMITA BUSCAR INFORMACIÓN EN SU ANALIZADOR AUTÓNOMO O EN TODA LA RED Y HACER COPIAS DE SEGURIDAD DEL SISTEMA DE FORMA REMOTA.	9. QUE PUEDA CONECTARSE A SISTEMA MIDDLEWARE CON POSIBILIDAD DE CONFIGURAR REMOTAMENTE CIERTOS AJUSTES DEL ANALIZADOR, QUE PERMITE A LOS GERENTES O A LOS USUARIOS CLAVE ACCEDER A TAREAS CLAVE DEL SISTEMA, COMO LA CONFIGURACIÓN Y LA GESTIÓN DE USUARIOS, QUE LOS RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE CALIBRACIÓN PUEDAN VERSE A DEMANDA A TRAVÉS DEL ANALIZADOR O DE UN BUSCADOR DE RED Y QUE PERMITA BUSCAR INFORMACIÓN EN SU ANALIZADOR AUTÓNOMO O EN TODA LA RED Y HACER COPIAS DE SEGURIDAD DEL SISTEMA DE FORMA REMOTA. **VER FOLLETO GEM WEB PLUS PAG 128**
10. _	QUE PERMITA ANALIZAR LA ACTIVACIÓN DE LA VÍA EXTRÍNSECA DE LA COAGULACIÓN DESPUÉS DE LA RECALCIFICACIÓN.	10. QUE PERMITA ANALIZAR LA ACTIVACIÓN DE LA VÍA EXTRÍNSECA DE LA COAGULACIÓN DESPUÉS DE LA RECALCIFICACIÓN. **VER FOLLETO ROTEM DELTA PAG 4, MANUAL DE OPERACIÓN PAG 4-9 E INSERTO R EX-TEM**
11. _	QUE PERMITA ANALIZAR LA ACTIVACIÓN DE FORMA MODERADA LA VÍA DE COAGULACIÓN INTRÍNSECA DESPUÉS DE LA RECALCIFICACIÓN.	11. QUE PERMITA ANALIZAR LA ACTIVACIÓN DE FORMA MODERADA LA VÍA DE COAGULACIÓN INTRÍNSECA DESPUÉS DE LA RECALCIFICACIÓN. **VER FOLLETO ROTEM DELTA PAG 4 E INSERTO IN-TEM**
12. _	QUE PERMITA NEUTRALIZAR LA HEPARINA IN VITRO CON HEPARINASA Y POSTERIORMENTE ANALIZAR LA ACTIVACIÓN DE FORMA MODERADA LA VÍA DE COAGULACIÓN INTRÍNSECA.	12. QUE PERMITA NEUTRALIZAR LA HEPARINA IN VITRO CON HEPARINASA Y POSTERIORMENTE ANALIZAR LA ACTIVACIÓN DE FORMA MODERADA LA VÍA DE COAGULACIÓN INTRÍNSECA. **VER FOLLETO ROTEM DELTA PAG 4 E INSERTO HEP-TEM**

30 JUN 2026

IHSS-BIC

SESVER/DJ/0692026

ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		EQUIPO TROMBOELASTÓMETRO ALTO RENDIMIENTO
MARCA		TEM
MODELO		ROTEM DELTA
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		1476E2018 SSA / 18 DE AGOSTO DE 2030
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		BAYERISCHES LANDESAMT FUR GESUNDHEIT UND LEBENSMITTELSICHERHEIT / NO. AP-2697-22-V2661-D16575/2017
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
13. _	QUE PERMITA UNA EVALUACIÓN AISLADA DEL CONTENIDO DE FIBRINÓGENO Y DE LA CALIDAD DE LA POLIMERIZACIÓN DE LA FIBRINA EN SANGRE CITRATADA, Y QUE PERMITA ACTIVAR LA VÍA EXTRÍNSECA DE LA COAGULACIÓN TRAS LA RECALCIFICACIÓN.	13. QUE PERMITA UNA EVALUACIÓN AISLADA DEL CONTENIDO DE FIBRINÓGENO Y DE LA CALIDAD DE LA POLIMERIZACIÓN DE LA FIBRINA EN SANGRE CITRATADA, Y QUE PERMITA ACTIVAR LA VÍA EXTRÍNSECA DE LA COAGULACIÓN TRAS LA RECALCIFICACIÓN.**VER FOLLETO ROTEM DELTA PAG 4 E INSERTO FIB-TEM**
14. _	REGISTRO SANITARIO VIGENTE.	14. REGISTRO SANITARIO VIGENTE. **VER REGISTRO SANITARIO**
15. _	GARANTÍA DURANTE DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION DEL SUMINISTRO.	15. GARANTÍA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. **VER CARTA ANEXA**
16. _	DEBERA REALIZARSE MANTENIMOENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICO , COMPATIBLES CON LA MARCA,MODELO Y TECNOLOGIA OFERTADA, PODRA REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERA OTORGAR A LA UNIDAD MEDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTOREALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACION Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACION DEL PERSONAL QUE DARA DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.	16.DEBERA REALIZARSE MANTENIMOENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICO , COMPATIBLES CON LA MARCA,MODELO Y TECNOLOGIA OFERTADA, PODRA REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERA OTORGAR A LA UNIDAD MEDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTOREALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACION Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACION DEL PERSONAL QUE DARA DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. **VER CARTA ANEXA**
17. _	EN CASO DE SUSTITUCION DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGIA, SE REQUIERE LA INSTALACION, CAPACITACION Y PUESTA EN MARCHA	17. EN CASO DE SUSTITUCION DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGIA, SE REQUIERE LA INSTALACION, CAPACITACION Y PUESTA EN MARCHA **VER CARTA ANEXA**

30 JUN 2026

IMSS-BIE

SESVER/DJ/0662026

ADP

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE MICROBIOLOGÍA ALTO RENDIMIENTO
MARCA		BIOMERIEUX
MODELO		VITEK 2 COMPACT
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		N° DE REGISTRO SANITARIO: 0978C2005 SSA VIGENCIA: 28 DE JULIO DE 2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 INSTITUCIÓN: GMED GROUP LNE N° 35121-5 VIGENCIA: 17 DE DICIEMBRE DE 2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Sistema automatizado para la identificación y susceptibilidad para bacterias y levaduras	1. SISTEMA AUTOMATIZADO PARA LA IDENTIFICACIÓN Y SENSIBILIDAD DE BACTERIAS Y LEVADURAS. (VER CATÁLOGO VITEK 2 COMPACT PÁGINAS 2 Y 4)
2. _	Que realice mínimo 60 test de identificación y/o susceptibilidad	2. MÓDULO DISEÑADO PARA 60 TARJETAS PARA IDENTIFICACIÓN Y SENSIBILIDAD. (VER CATÁLOGO VITEK 2 COMPACT PÁGINAS 2 Y 4)
3. _	Que proporcione resultados de identificación y susceptibilidad en un día	3. RESULTADOS ID/AST EN TAN SOLO 5-8 HORAS. (VER CATÁLOGO VITEK 2 COMPACT PÁGINA 2)
4. _	Que cuente con tarjetas de identificación y susceptibilidad	4. QUE CUENTE CON TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN Y SUSCEPTIBILIDAD. (VER CATÁLOGO VITEK 2 COMPACT PÁGINA 2)
5. _	Programa para procesar la información, para la validación de antibiogramas	5. SOFTWARE VITEK 2, ADVANCED EXPERT SYSTEM. (VER CATÁLOGO VITEK 2 COMPACT PÁGINA 3)
6. _	Trazabilidad con tarjetas de código de barras.	6. TRAZABILIDAD DE TARJETAS A TRAVÉS DE CÓDIGO DE BARRAS. (VER FICHA TÉCNICA VITEK 2 COMPACT PÁGINA 2)
7. _	Teclado e impresora integrados o adicionales	7. TECLADO E IMPRESORA INTEGRADOS. (VER FICHA TÉCNICA VITEK 2 COMPACT PÁGINAS 1 Y 3)
8. _	Detección de crecimiento a través de sistemas ópticos de fluorescencia, transmitancia o absorbancia	8. DETECCIÓN DE CRECIMIENTO A TRAVÉS DE SISTEMA ÓPTICOS DE TRANSMITANCIA. (VER MANUAL VITEK 2 COMPACT PÁGINA 3-17)
9. _	Temperatura de incubación 35. 5° C	9. TEMPERATURA DE INCUBACIÓN 35.5°C. (VER MANUAL VITEK 2 COMPACT PÁGINA 3-4)
10. _	Software en español	10. SOFTWARE EN ESPAÑOL. (VER MANUAL VITEK 2 COMPACT PÁGINA 3-22)
11. _	Que cuente con sistemas de incubación de tarjetas	11. QUE CUENTE CON SISTEMAS DE INCUBACIÓN DE TARJETAS. (VER MANUAL VITEK 2 COMPACT PÁGINAS 3-6)
12. _	Interface bidireccional	12. INTERFACE BIDIRECCIONAL. (VER CATÁLOGO VITEK 2 COMPACT PÁGINA 3)
13. _	Pantalla y teclados adicional o integrados	13. PANTALLA Y TECLADO. (VER FICHA TÉCNICA VITEK 2 COMPACT PÁGINA 3)

30 JUN 2026

IMSS-BIE

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR DE MICROBIOLOGÍA ALTO RENDIMIENTO
MARCA		BIOMERIEUX
MODELO		VITEK 2 COMPACT
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		N° DE REGISTRO SANITARIO: 0978C2005 SSA VIGENCIA: 28 DE JULIO DE 2027
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 INSTITUCIÓN: GMED GROUP LNE N° 35121-5 VIGENCIA: 17 DE DICIEMBRE DE 2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
14. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	14. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. (VER CARTA DE REFERENCIA)
15. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	15. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. (VER CARTA DE REFERENCIA)
16. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	16. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. (VER CARTA DE REFERENCIA)

30 JUN 2026

IMSS-BIENESTAR 2026

SESVER/DJ/0661/2026 ADQ

Soconusco No. 34, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA HEMOCULTIVOS ALTO RENDIMIENTO
MACA		BIOMERIEUX
MODELO		BACT ALERT 3D 60
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		CONSTANCIA DE PRÓRROGA: 23330026A10023 N° DE REGISTRO SANITARIO: 0874E2003 SSA VIGENCIA: 05 DE ABRIL DE 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 INSTITUCIÓN: GMED GROUP LNE N° 35121-5 VIGENCIA: 17 DE DICIEMBRE DE 2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Equipo automatizado para la realización de hemocultivos	1. SISTEMA DE ANÁLISIS TOTALMENTE AUTOMÁTICO DE HEMOCULTIVOS. (VER CATÁLOGO BACT ALERT 3D PÁGINA 1 Y MANUAL BACT ALERT 3D PÁGINA 1-2)
2. _	Equipo con módulo de incubación y temperatura estable de 35 a 37°C	2. CÁMARA DE INCUBACIÓN E INTERVALO DE ANÁLISIS DE 35 A 37°C. (VER MANUAL BACT ALERT 3D PÁGINAS 2-8, 7-2 Y 7-19)
3. _	Celdas que alojan y controlan un frasco de cultivo cada una	3. CELDAS QUE ALOJAN Y CONTROLAN UN FRASCO DE CULTIVO CADA UNA. (VER MANUAL BACT ALERT 3D PÁGINA 2-18)
4.	Técnica colorimétrica o fluorescente o por cambio de presión de gases	4. SISTEMA DE DETECCIÓN COLORIMÉTRICA Y CONCENTRACIÓN DE CO_2. (VER CATÁLOGO BACT ALERT 3D PÁGINA 2)
5. _	Lector de código de barras	5. LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS. (VER MANUAL BACT ALERT 3D PÁGINAS 2-8)
6. _	Puerto de comunicación para interfaz	6. PUERTO DE COMUNICACIÓN ACOPLABLE LIS. (VER CATÁLOGO BACT ALERT 3D PÁGINA 2)
7. _	Software en español	7. SOFTWARE EN IDIOMA ESPAÑOL. (VER CATÁLOGO BACT ALERT 3D PÁGINA 2)
8. _	Monitor o pantalla e impresora integrados o adicionales	8. MONITOR E IMPRESORA. (VER MANUAL BACT ALERT 3D PÁGINAS 2-8)
9. _	Capacidad de almacenamiento de información	9. CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN MEDIANTE COPIAS DE SEGURIDAD. (VER MANUAL BACT ALERT 3D PÁGINA 6-8)

30 JUN 2026

IMSS-BIE

SESVER/DJ/061/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA HEMOCULTIVOS ALTO RENDIMIENTO
MACA		BIOMERIEUX
MODELO		BACT ALERT 3D 60
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		CONSTANCIA DE PRÓRROGA: 23330026A10023 N° DE REGISTRO SANITARIO: 0874E2003 SSA VIGENCIA: 05 DE ABRIL DE 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016 INSTITUCIÓN: GMED GROUP LNE N° 35121-5 VIGENCIA: 17 DE DICIEMBRE DE 2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
10. _	Volumen de la muestra: menor a 10 ml	10. VOLUMEN DE LA MUESTRA: DE 1-2 ML DE SANGRE. (VER MANUAL BACT ALERT 3D PÁGINAS E-4)
11. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	11. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. (VER CARTA DE REFERENCIA)
12. _	Deberá realizarse mantenimientos preventivos y/o correctivos, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el plazo de ejecución del suministro) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	12. DEBERÁ REALIZARSE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y/O CORRECTIVOS, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. (VER CARTA DE REFERENCIA)
13. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	13. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. (VER CARTA DE REFERENCIA)

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA HEMOGLOBINA GLICOSILADA
MACA		ROCHE
MODELO		COBAS B101
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0103E2014 SSA VENCIMIENTO SEGUNDA PRORROGA 27 DE JULIO DEL 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO TUV EN ISO 13485:2016 PHC CORPORATION NO. Q5 003955 0007 Rev. 01 Vigente al 08 - 07 - 2027 Y CERTIFICADO NO. Q5 010283 0640 Rev. 00 TUV ROCHE DIAGNOSTICS Vigente al 29 - 06- 2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Equipo para la determinación de hemoglobina glucosilada	1. EQUIPO PARA LA DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA. PUNTO 1 , FOLLETO EQUIPOS COBAS B101 PAGINA 2 Y MANUAL DEL USUARIO COBAS B101 PAGINA 11
2. _	Que cuente con alguno de los siguientes principios de medición: Afinidad a boronatos o transmisión fotométrica.	2. QUE CUENTE CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS DE MEDICIÓN: AFINIDAD A BORONATOS O TRANSMISIÓN FOTOMÉTRICA. . PUNTO 2 FOLLETO COBAS B101 PAGINA 2
3. _	Capacidad de procesamiento de muestras por hora: mínimo 10 pruebas por hora	3. CAPACIDAD DE PROCESAMIENTO DE MUESTRAS POR HORA: MÍNIMO 10 PRUEBAS POR HORA. PUNTO 3 , FOLLETO EQUIPOS COBAS B101 PAGINA 2
4. _	Lector de código de barras integrado o adicional.	4. LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS INTEGRADO O ADICIONAL. PUNTO 4 MANUAL DEL USUARIO EQUIPO COBAS B101 PAGINA 19 Y FOLLETO EQUIPO COBAS B101 PAGINA 2
5. _	Software en español.	5. SOFTWARE EN ESPAÑOL. PUNTO 5 MANUAL DEL USUARIO EQUIPO COBAS B101 PAGINA 93
6. _	Puerto de comunicación para interface.	6. PUERTO DE COMUNICACIÓN PARA INTERFAZ PUNTO 6 MANUAL DEL USUARIO COBAS B101 PAGINA 173
7. _	Con pantalla integrada o adicional	7. CON PANTALLA INEGRADA O ADICIONAL PUNTO 7 MANUAL DEL USUARIO EQUIPO COBAS B101 PAGINA 19 Y FOLLETO EQUIPO COBAS B101 PAGINA 2
8. _	Garantía durante el plazo de ejecucion del suministro.	8. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 8

30 JUN 2026

1455-BIC 2026

SESVER/DJ/0669/2026 ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ANALIZADOR PARA HEMOGLOBINA GLICOSILADA
MACA		ROCHE
MODELO		COBAS B101
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		0103E2014 SSA VENCIMIENTO SEGUNDA PRORROGA 27 DE JULIO DEL 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO TUV EN ISO 13485:2016 PHC CORPORATION NO. Q5 003955 0007 Rev. 01 Vigente al 08 - 07 - 2027 Y CERTIFICADO NO. Q5 010283 0640 Rev. 00 TUV ROCHE DIAGNOSTICS Vigente al 29 - 06- 2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
9. –	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, cada 6 meses incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 9
10. –	En caso de sustitucion del equipo por uno de mayor tecnologia, se requerira la instalacion, capacitacion y puesta en marcha.	10. EN CASO DE SUSTITUCION DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGIA, SE REQUERIRA INSTALACION, CAPACITACION Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 10

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		EQUIPO CITOMETRO DE FLUJO ALTO RENDIMIENTO
MARCA		BECTON DICKINSON
MODELO		BD FACS LYRIC
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2800E2017SSA, VENCIMIENTO: 27 DE ABRIL DEL 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		EXPIDE: HPRA, CERTIFICADO LIBRE VENTA, CERTIFICADO 13369, VIGENCIA: NO APLICA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Citómetro de flujo flexible y de alto desempeño.	1. CITÓMETRO DE FLUJO FLEXIBLE Y DE ALTO DESEMPEÑO. **REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 1.**
2. _	Con capacidad integrada para verificar y corregir automáticamente la alineación del LASER, para una alineación óptica todo el tiempo.	2. CON CAPACIDAD INTEGRADA PARA VERIFICAR Y CORREGIR AUTOMÁTICAMENTE LA ALINEACIÓN DEL LASER, PARA UNA ALINEACIÓN ÓPTICA TODO EL TIEMPO. **REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 1.**
3. _	Tres láseres de estado sólido: azul (488 nm, 20 mW), rojo (640 nm, 40 nW) y violeta (405 nm. 40 mW) para la lectura de 8 colores.	3. TRES LÁSERES DE ESTADO SÓLIDO: AZUL (488 NM, 20 MW), ROJO (640 NM, 40 NW) Y VIOLETA (405 NM. 40 MW) PARA LA LECTURA DE 8 COLORES. REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 2.
4. _	Detector de FSC: fotodiodo; detectores de SSC y FL: PMT.	4. DETECTOR DE FSC: FOTODIODO; DETECTORES DE SSC Y FL: PMT. REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 2.
5. _	Celda de Flujo de acero inoxidable con bajo coeficiente de expansión térmica, con sección transversal de 430 µm x 180 µm.	5. CELDA DE FLUJO DE ACERO INOXIDABLE CON BAJO COEFICIENTE DE EXPANSIÓN TÉRMICA, CON SECCIÓN TRANSVERSAL DE 430 µM X 180 µM. **REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 2.**
6. _	Velocidades de flujo de la muestra: Bajo 12 µl/min, medio: 60 µl/min, alto: 120 µl/min, Sensibilidad alta: 50 µl/min.	6. VELOCIDADES DE FLUJO DE LA MUESTRA: BAJO 12 µL/MIN, MEDIO: 60 µL/MIN, ALTO: 120 µL/MIN, SENSIBILIDAD ALTA: 50 µL/MIN. REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 2.
7. _	Velocidad de adquisición de 35,000 eventos por segundo, sin límite en la cantidad de eventos adquiridos en un solo archivo de FCS.	7. VELOCIDAD DE ADQUISICIÓN DE 35,000 EVENTOS POR SEGUNDO, SIN LÍMITE EN LA CANTIDAD DE EVENTOS ADQUIRIDOS EN UN SOLO ARCHIVO DE FCS. REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 2.
	Velocidad de adquisición de 35,000 eventos por segundo, sin límite en la cantidad de eventos adquiridos en un solo archivo de FCS.	VELOCIDAD DE ADQUISICIÓN DE 35,000 EVENTOS POR SEGUNDO, SIN LÍMITE EN LA CANTIDAD DE EVENTOS ADQUIRIDOS EN UN SOLO ARCHIVO DE FCS. REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 2.
8. _	Matrices de detectores heptagonales que contienen los filtros, los espejos y los tubos fotomultiplicadores m(PMT) de cada láser. Un Heptágono independiente para cada láser.	8. MATRICES DE DETECTORES HEPTAGONALES QUE CONTIENEN LOS FILTROS, LOS ESPEJOS Y LOS TUBOS FOTOMULTIPLICADORES M(PMT) DE CADA LÁSER. UN HEPTÁGONO INDEPENDIENTE PARA CADA LÁSER. REFERENCIA: MANUAL 1, PAG. 21.
9. _	Control de calidad con un solo tubo con perlas, Módulo de control de calidad con gráficas de Levey-Jennings.	9. CONTROL DE CALIDAD CON UN SOLO TUBO CON PERLAS, MÓDULO DE CONTROL DE CALIDAD CON GRÁFICAS DE LEVEY-JENNINGS. REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 3.
10. _	Tecnología de microesferas para la compensación cada 60 días.	10. TECNOLOGÍA DE MICROESFERAS PARA LA COMPENSACIÓN CADA 60 DÍAS. REFERENCIA: FOLLETO 1, HOJA 3.

30 JUN 2026 IMSS-BIE

SESVER/DJ/0661/2026 ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		EQUIPO CITOMETRO DE FLUJO ALTO RENDIMIENTO
MARCA		BECTON DICKINSON
MODELO		BD FACS LYRIC
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		2800E2017SSA, VENCIMIENTO: 27 DE ABRIL DEL 2028
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		EXPIDE: HPRA, CERTIFICADO LIBRE VENTA, CERTIFICADO 13369, VIGENCIA: NO APLICA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
11. _	Índice de tinción de 8-190 % en todos los parámetros.	11. ÍNDICE DE TINCIÓN DE 8-190 % EN TODOS LOS PARÁMETROS. REFERENCIA: FOLLETO 3, HOJA 4.
12. _	Con autocargador universal para gradillas de 30 o 40 tubos de 12 x 75 mm.	12. CON AUTOCARGADOR UNIVERSAL PARA GRADILLAS DE 30 O 40 TUBOS DE 12 X 75 MM. REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 2.
13. _	Arrastre entre muestra y muestra menor al 0.1% con lavado predeterminado.	13. ARRASTRE ENTRE MUESTRA Y MUESTRA MENOR AL 0.1% CON LAVADO PREDETERMINADO. REFERENCIA: FOLLETO 2, HOJA 2.
14. _	Software con plantillas integradas, algoritmos automatizados avanzados e informes para la enumeración de poblaciones maduras de linfocitos T, B y NK, así como subconjuntos de células T CD4+ y CD8+, todo en un solo tubo.	14. SOFTWARE CON PLANTILLAS INTEGRADAS, ALGORITMOS AUTOMATIZADOS AVANZADOS E INFORMES PARA LA ENUMERACIÓN DE POBLACIONES MADURAS DE LINFOCITOS T, B Y NK, ASÍ COMO SUBCONJUNTOS DE CÉLULAS T CD4+ Y CD8+, TODO EN UN SOLO TUBO. **REFERENCIA: FOLLETO 3, HOJA 3.**
15. _	Permite la configuración y compensación del instrumento para el uso de ensayos EuroFlow de 8 colores.	15. PERMITE LA CONFIGURACIÓN Y COMPENSACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EL USO DE ENSAYOS EUROFLOW DE 8 COLORES. **REFERENCIA: FOLLETO 4, HOJA 1.**
16. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	16. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO.. **REFERENCIA: CARTA COMPROMISO.**
17. _	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, cada 6 meses incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, cada 6 meses incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado. REFERENCIA: CARTA COMPROMISO.
18. _	En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	18.EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. REFERENCIA: CARTA COMPROMISO.

30 JUN 2026

IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DE EQUIPO	MICROSCOPIO BINOCULAR PARA TRABAJO DE RUTINA CAMPO CLARO
MARCA	ZEISS
MODELO	PRIMO STAR 3
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SE ANEXA DIARIO OFICIAL RENGLONES 75 y 76
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485 NO. D1501800002 VIGENTE AL 26-10-2028 EXPEDIDO POR MDC (MEDICAL DEVICE CERTIFICATION GmbH) Y CERTIFICADO ISO 9001-2015 NO. 015724 QM15 VIGENTE AL 25-06-2026 EXPEDIDO POR DQS GmbH
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. Microscopio para trabajo de laboratorio de rutina.	1. MICROSCOPIO PARA TRABAJO DE LABORATORIO DE RUTINA. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 5
2. Tubo de observación binocular.	2. TUBO DE OBSERVACIÓN BINOCULAR. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 22
3. Ajuste de distancia interpupilar de 48 a 75 mm como mínimo.	3. AJUSTE DE DISTANCIA INTERPUPILAR DE 48 A 75 MM COMO MÍNIMO. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 22
4. Angulo de tubo de 25° ó 30°.	4. ANGULO DE TUBO DE 25° Ó 30°. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 22 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 98
5. Oculares 10 x / 20 como mínimo	5. OCULARES 10 X / 20 COMO MÍNIMO. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 17 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 101
6. Revolver cuádruple como mínimo	6. REVOLVER CUÁDRUPLE COMO MÍNIMO. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 17 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 101
7. Objetivos iPlan-Achromat corregidos al infinito con aumentos de 4x, 10x, 40x, 100x/aceite para campo claro.	7. OBJETIVOS IPLAN-ACHROMAT CORREGIDOS AL INFINITO CON AUMENTOS DE 4X, 10X, 40X, 100X/ACEITE PARA CAMPO CLARO. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 17 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 101
8. Portaobjetos para 1 ó 2 laminillas	8. PORTAOBJETOS PARA 1 Ó 2 LAMINILLAS. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 10 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 98
9. Recorrido de platina "x y", accionamiento coaxial	9. RECORRIDO DE PLATINA "X Y", ACCIONAMIENTO COAXIAL. VER MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 98 y 101
10. Condensador ABBE 0.9/1.25.	10. CONDENSADOR ABBE 0.9/1.25. VER MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 98

30 JUN 2026 IMSS-BIE

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

NOMBRE DE EQUIPO	MICROSCOPIO BINOCULAR PARA TRABAJO DE RUTINA CAMPO CLARO
MARCA	ZEISS
MODELO	PRIMO STAR 3
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SE ANEXA DIARIO OFICIAL RENGLONES 75 y 76
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485 NO. D1501800002 VIGENTE AL 26-10-2028 EXPEDIDO POR MDC (MEDICAL DEVICE CERTIFICATION GmbH) Y CERTIFICADO ISO 9001-2015 NO. 015724 QM15 VIGENTE AL 25-06-2026 EXPEDIDO POR DQS GmbH
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
11. Unidad de enfoque grueso y fino.	11. UNIDAD DE ENFOQUE GRUESO Y FINO. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 21
12. Iluminación: luz transmitida halógena o luz transmitida led.	12. ILUMINACIÓN: LUZ TRANSMITIDA HALÓGENA O LUZ TRANSMITIDA LED. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 17
13. Funda o tapa antipolvo	13. FUNDA O TAPA ANTIPOLVO. VER MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 104
14. Alimentación: 100 a 240v, 50/60 hz ±10%.	14. ALIMENTACIÓN: 100 A 240V, 50/60 HZ ±10%. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 20
15. Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	15. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 15
16. Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, cada 6 meses incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	16. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 16.
17.En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	17. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.VER CARTA COMPROMISO PUNTO 17

30 JUN 2026 IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

NOMBRE DE EQUIPO	MICROSCOPIO CON CÁMARA
MARCA	ZEISS
MODELO	PRIMO STAR 3 CON AXIOCAM 208
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SE ANEXA DIARIO OFICIAL RENGLONES 75, 76 y 353
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485 NO. D1501800002 VIGENTE AL 26-10-2028 EXPEDIDO POR MDC (MEDICAL DEVICE CERTIFICATION GmbH) Y CERTIFICADO ISO 9001-2015 NO. 015724 QM15 VIGENTE AL 25-06-2026 EXPEDIDO POR DQS GmbH
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1. Microscopio para trabajo de laboratorio de rutina.	1. MICROSCOPIO PARA TRABAJO DE LABORATORIO DE RUTINA. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 5
2. Tubo de observación binocular.	2. TUBO DE OBSERVACIÓN BINOCULAR. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 22
3. Ajuste de distancia interpupilar de 48 a 75 mm como mínimo.	3. AJUSTE DE DISTANCIA INTERPUPILAR DE 48 A 75 MM COMO MÍNIMO. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 22
4. Angulo de tubo de 25° ó 30°.	4. ANGULO DE TUBO DE 25° Ó 30°. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 22 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 98
5. Oculares 10 x / 20 como mínimo	5. OCULARES 10 X / 20 COMO MÍNIMO. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 17 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 101
6. Revolver cuádruple como mínimo	6. REVOLVER CUÁDRUPLE COMO MÍNIMO. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 17 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 101
7. Objetivos iPlan-Achromat corregidos al infinito con aumentos de 4x, 10x, 40x, 100x/aceite para campo claro.	7. OBJETIVOS IPLAN-ACHROMAT CORREGIDOS AL INFINITO CON AUMENTOS DE 4X, 10X, 40X, 100X/ACEITE PARA CAMPO CLARO. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 17 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 101
8. Portaobjetos para 1 ó 2 laminillas	8. PORTAOBJETOS PARA 1 Ó 2 LAMINILLAS. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 10 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 98
9. Recorrido de platina "x y", accionamiento coaxial	9. RECORRIDO DE PLATINA "X Y", ACCIONAMIENTO COAXIAL. VER MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 98 y 101
10. Condensador ABBE 0.9/1.25.	10. CONDENSADOR ABBE 0.9/1.25. VER MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 98
11. Unidad de enfoque grueso y fino.	11. UNIDAD DE ENFOQUE GRUESO Y FINO. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 21
12. Iluminación: luz transmitida halógena o luz transmitida led.	12. ILUMINACIÓN: LUZ TRANSMITIDA HALÓGENA O LUZ TRANSMITIDA LED. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 17
13. Funda o tapa antipolvo	13. FUNDA O TAPA ANTIPOLVO. VER MANUAL DE INSTRUCCIONES ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 104

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DE EQUIPO	MICROSCOPIO CON CÁMARA
MARCA	ZEISS
MODELO	PRIMO STAR 3 CON AXIOCAM 208
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SE ANEXA DIARIO OFICIAL RENGLONES 75, 76 y 353
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485 NO. D1501800002 VIGENTE AL 26-10-2028 EXPEDIDO POR MDC (MEDICAL DEVICE CERTIFICATION GmbH) Y CERTIFICADO ISO 9001-2015 NO. 015724 QM15 VIGENTE AL 25-06-2026 EXPEDIDO POR DQS GmbH
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
14. Adaptador para cámara con montura tipo C.	14. ADAPTADOR PARA CÁMARA CON MONTURA TIPO C. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 18
15. Cámara digital en color de 8 megapíxeles	15. CÁMARA DIGITAL EN COLOR DE 8 MEGAPÍXELES. VER FOLLETO AXIOCAM 208 COLOR PAGINA 2
15.1 Resolución Full 4K	15.1 RESOLUCIÓN FULL 4K. VER FOLLETO AXIOCAM 208 COLOR PAGINA 3
15.2 Interfaz HDMI, USB 3.0 tipo C, Ethernet, Micro-D	15.2 INTERFAZ HDMI, USB 3.0 TIPO C, ETHERNET, MICRO-D. VER FOLLETO AXIOCAM 208 COLOR PAGINA 4
15.3 Profundidad de bits 3x8 bits /pixel,	15.3 PROFUNDIDAD DE BITS 3X8 BITS /PIXEL. VER FOLLETO AXIOCAM 208 COLOR PAGINA 4
15.4 Funciones de mejora de imágenes en Vivo como nitidez	15.4 FUNCIONES DE MEJORA DE IMÁGENES EN VIVO COMO NITIDEZ. VER FOLLETO AXIOCAM 208 COLOR PAGINA 3
15.5 Eliminación de ruido y HDR, documentación digital sencilla.	15.5 ELIMINACIÓN DE RUIDO Y HDR, DOCUMENTACIÓN DIGITAL SENCILLA. VER FOLLETO AXIOCAM 208 COLOR PAGINA 3 y 4
16. Alimentación: 100 a 240v, 50/60 hz ±10%.	16. ALIMENTACIÓN: 100 A 240V, 50/60 HZ ±10%. VER FOLLETO ZEISS PRIMOSTAR 3 PAGINA 20
17. Garantia durante el plazo de ejecucion del suministro.	17.GARANTIA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION DEL SUMINISTRO VER CARTA COMPROMISO PUNTO 17
18. Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, cada 6 meses incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	18. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 18
19. En caso de sustitucion del equipo por uno de mayor tecnologia, se requerira la instalacion, capacitacion y puesta en marcha.	19. EN CASO DE SUSTITUCION DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGIA, SE REQUERIRA LA INSTALACION, CAPACITACION Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 19

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31. Col. Aguacatal. C.P. 91130. Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DE EQUIPO	REFRIGERADOR VERTICAL CAP. 20 PIES CÚBICOS
MARCA	DELCA
MODELO	RD-19D
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	SE ANEXA OFICIO COFEPRIS 153300CO320515 Y DIARIO OFICIAL RENGLON 1501
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 9001 : 2015 NO. 13-014-2024-MX VALIDO HASTA EL 26-05-2028, NO REQUIERE CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA OFICIO COFEPRIS NO. 193300EL531543
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1. Equipo para preservar muestras biológicas, medios de cultivo y reactivos de diagnóstico.	1. EQUIPO PARA PRESERVAR MUESTRAS BIOLÓGICAS, MEDIOS DE CULTIVO Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO. FOLLETO REFRIGERADORES DELCA PAG. 1
2. Temperatura de 2 a 8 grados centígrados	2. TEMPERATURA DE 2 A 8 GRADOS CENTÍGRADOS. FOLLETO REFRIGERADORES DELCA PAG. 2
3. Que opere con refrigerante libre de CFC.	3. QUE OPERE CON REFRIGERANTE LIBRE DE CFC. FOLLETO REFRIGERADORES DELCA PAG. 1
4. Capacidad 571 dm3 (20 pies cúbicos) ± 3 pies cúbicos.	4. CAPACIDAD 538 L , 19 PIES CÚBICOS. FOLLETO REFRIGERADORES DELCA PAG. 1
5. Puerta de cristal.	5.PUERTA DE CRISTAL (DOBLE PANEL DE VIDRIO). FOLLETO REFRIGERADORES DELCA PAG. 2
6. Entrepaños o parrillas de alambrón cromado o acero con recubrimiento epóxido horneado antioxidante o similar.	6. ENTREPAÑOS O PARRILLAS DE ALAMBRÓN CROMADO O ACERO CON RECUBRIMIENTO EPÓXIDO HORNEADO ANTIOXIDANTE O SIMILAR. FOLLETO REFRIGERADORES DELCA PAG. 2
7. Deshielo automático.	7 . DESHIELO AUTOMÁTICO. FOLLETO REFRIGERADORES DELCA PAG. 2
8. Alarmas audibles y visuales con batería auto recargable para 48 horas en caso de falla de suministro eléctrico, temperatura mayor a 8°C y menor de 2°C, apertura de la puerta despues de 1 minuto, falla del sensor de temperatura, batería baja.	8. ALARMAS AUDIBLES Y VISUALES CON BATERÍA AUTO RECARGABLE PARA 48 HORAS EN CASO DE FALLA DE SUMINISTRO ELÉCTRICO, TEMPERATURA MAYOR A 8°C Y MENOR DE 2°C, APERTURA DE LA PUERTA DESPUÉS DE 1 MINUTO, FALLA DEL SENSOR DE TEMPERATURA, BATERÍA BAJA. FOLLETO REFRIGERADORES DELCA PAG. 2
9. Graficador de Temperatura mecánico.	9. GRAFICADOR DE TEMPERATURA MECÁNICO. FOLLETO REFRIGERADORES DELCA PAG. 2

30 JUN 2026

IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DE EQUIPO	REFRIGERADOR VERTICAL CAP. 20 PIES CÚBICOS
MARCA	DELCA
MODELO	RD-19D
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	SE ANEXA OFICIO COFEPRIS 153300CO320515 Y DIARIO OFICIAL RENGLON 1501
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 9001 : 2015 NO. 13-014-2024-MX VALIDO HASTA EL 26-05-2028, NO REQUIERE CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA OFICIO COFEPRIS NO. 193300EL531543
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
10. Paneles Internos y externos de acero galvanizado electrolíticamente cubierto con pintura epóxica o de acero inoxidable.	10. PANELES INTERNOS Y EXTERNOS DE ACERO INOXIDABLE. FOLLETO REFRIGERADORES DELCA PAG. 2
11. Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	11. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO.. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 11
12. Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, cada 6 meses incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	12. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 12
13. En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	13. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA COMPROMISO

30 JUN 2026

IHSS – BIE

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LABORATORIO EN IDIOMA ESPAÑOL.	PERMITE INFORMACIÓN DE LABORATORIO EN IDIOMA ESPAÑOL. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN, PAG. 12**
2. _	BAJO AMBIENTE WINDOWS, COMPATIBLE CON LENGUAJES Y ESTÁNDARES DE PROGRAMACIÓN HTML, HL7, DHTML, AJAX, XML, WEB SERVICES, JAVA Y JAVA SCRIPT LOS CUALES TRABAJAN CONJUNTAMENTE EN EL MANEJO DE DATOS A TRAVÉS DE BASE DE DATOS ORACLE.	EL SERVER DE APLICACIÓN CONTIENE LA BASE EN ORACLE Y EL AMBIENTE GRAFICO EN J2EE JAVA, ACCESO EN SQL, PUEDE INSTALARSE BAJO AMBIENTE WINDOWS, HL7, AJAX, JAVA, HTML, WEB SERVICES, JAVA SCRIPT, WINDOWS SERVER. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 5**
3. _	EL SISTEMA SOFTWARE WEB O CLIENTE SERVIDOR.	INTRALAB ES EL PORTAL WEB DE MODULAB. MEDIANTE INTRALAB SE PUEDEN CONSULTAR ANALÍTICAS, IMPRIMIR RESGUARDOS E INFORMES, REGISTRAR PETICIONES Y CONSULTAR ESTADÍSTICAS DESDE EL NAVEGADOR DE CUALQUIER ESTACIÓN REMOTA CONECTADA A LA RED. **MANUAL INTRALAB PAG. 3**
4. _	FUNCIONE EN SISTEMAS OPERATIVOS DE LA FAMILIA WINDOWS DESDE XP HASTA WINDOWS 7, MACOS, LINUX.	EL CLIENTE SE PUEDE TRABAJAR EN AMBIENTE WINDOWS VERSION 7, XP, Y POSTERIORES, MAC, ASÍ COMO EN AMBIENTE LINUX.. **MANUAL DE ESPECIFICACINES PAG. 5**
5. _	CONFIGURABLE Y ADAPTABLE A MODIFICACIONES O ADICIONES QUE LA INSTITUCIÓN REQUIERA.	ADAPTANDO LOS DEMÁS MÓDULOS A LAS NECESIDADES PARTICULARES DE CADA LABORATORIO. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 7**
6. _	QUE CUENTE CON LAS HERRAMIENTAS QUE PERMITEN LLEVAR A CABO UNA GESTIÓN INTEGRAL DE TODOS LOS PROCESOS RELACIONADOS CON EL LABORATORIO A TRAVÉS DE FUNCIONALIDADES DE CONFIGURACIÓN, ADMISIÓN, PRODUCCIÓN Y ADMINISTRACIÓN, MEDICIÓN DE KPIS, CENTRO DE CONTROL CENTRALIZADO.	LA FUNCIÓN DE BUSINESS INTELLIGENCE (BI), QUE LE PERMITA AL LABORATORIO REALIZAR LAS MEDICIONES QUE CONSIDERE DE VALOR EN LOS PROCESOS DE SU LABORATORIO MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE KPIS Y QUE TODO PUEDA SER VISUALIZADO MEDIANTE GRÁFICAS PERSONALIZADAS. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 53**
7. _	CON RECURSOS TÉCNICOS SOBRE REDES CON TIPOLOGÍA ETHERNET Y PROTOCOLO DE RED TCP/IP CON VELOCIDAD DE 100MBITS, REDES WAN Y LAN, CON REQUERIMIENTOS MÍNIMOS EN CONEXIONES Y SERVIDORES, CONSERVANDO UN AMBIENTE CENTRALIZADO.	EN UNA TOPOLOGÍA EN MALLA, CADA DISPOSITIVO TIENE UN ENLACE PUNTO A PUNTO Y DEDICADO ETHERNET CON CUALQUIER OTRO DISPOSITIVO. EL TÉRMINO DEDICADO SIGNIFICA QUE EL ENLACE CONDUCE EL TRÁFICO ÚNICAMENTE ENTRE LOS DOS DISPOSITIVOS QUE CONECTA, PROTOCOLO TCP/IP Y CON VELOCIDAD DE 100MBITS EN REDES LAN Y WAN. **MANUAL DE ESPECIFICACINES PAG. 23**

30 JUN 2026

1455-BIE

2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
8. _	CON CAPACIDAD DE MANTENIMIENTO REMOTO LAS 24 HORAS X 365 DÍAS AL AÑO.	EN EL CASO DE LAS REDES COMPUTACIONALES TENERNOS RECURSOS DE AYUDA ORIENTADAS PARA EL USUARIO, POR EL CUAL EL ESCRITORIO REMOTO ES SIMPLEMENTE UN MEDIO POR EL CUAL SE PUEDE DIRECTAMENTE CONECTARSE Y REVEZAR EL EQUIPO DE CÓMPUTO O REALIZAR ALGÚN MANTENIMIENTO. ES UN SERVICIO LAS 24 HRS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES, PAG. 14**
9. _	CONSULTA DE RESULTADOS WEB PARA PACIENTES, DONDE EL PACIENTE PUEDE CONSULTAR LOS RESULTADOS EN CUALQUIER PLATAFORMA/DISPOSITIVO CON ACCESO A INTERNET, MEDIANTE UN PASSWORD ÚNICO E IRREPETIBLE	VISUALIZACIÓN DE RESULTADOS WEB, (INTRALAB). EN INTRALAB SE MUESTRAN AQUELLOS RESULTADOS DE PRUEBAS QUE HAN SIDO VALIDADOS FACULTATIVAMENTE O ENVIADOS. CON PASSWORD ÚNICO DE USUARIO EN CUALQUIER DISPOSITIVO. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES, PAG. 26**
10. _	**QUE MANEJE LOS SIGUIENTES PROCESOS: PRE-ANALÍTICO:**	**QUE MANEJE LOS SIGUIENTES PROCESOS: PRE-ANALÍTICO:**
11. _	**HERRAMIENTAS DEL PROCESO PRE- ANALÍTICO SE ENCUENTREN:**	**HERRAMIENTAS DEL PROCESO PRE- ANALÍTICO SE ENCUENTREN:**
12. _	REGISTROS E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE FORMA MANUAL POR MEDIO DE PERSONAL DE RECEPCIÓN DEL LABORATORIO, EN LOS DISTINTOS SERVICIOS HOSPITALARIOS O DE FORMA AUTOMATIZADA DESDE UN SISTEMA DE EXPEDIENTE ELECTRÓNICO.	PARA DAR DE ALTA A NUEVO PACIENTE BASTARÁ CON UTILIZAR LA OPCIÓN "NUEVO" DE LA BARRA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE E IR INTRODUCIENDO LOS DATOS EN LOS CAMPOS QUE APARECEN EN PANTALLA O POR COMUNICACIÓN DIRECTA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO. **MANUAL DE REGISTO PAG. 7**
13. _	SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO	ES IMPRESCINDIBLE INDICAR LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO A SOLICITAR EN LA PETICIÓN. **MANUAL DE REGISTO PAG. 17**
14. _	MUESTRAS DE LABORATORIO NORMALES, URGENTES Y PRIORITARIAS.	ESCALA PARA PETICIONES DE RUTINA, PRIORITARIAS Y URGENTES: SI DESEA QUE LAS PETICIONES SIGAN UNA IDENTIFICACIÓN INDEPENDIENTE AL CENTRO DE EXTRACCIÓN, CONFIGURE UNA NUEVA ESCALA Y ASÍGNELA EN ESTE CAMPO. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG 12,**

30 JUN 2026

IMSS-BIO 2024

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
15. _	ASIGNACIÓN DE CITAS RESPETANDO ESTABLECIMIENTO DE CUPOS MÁXIMOS POR DÍA Y DÍAS FERIADOS.	SEGÚN LA CONFIGURACIÓN DEL CAMPO FECHA DE EXTRACCIÓN DE MUESTRA, EL SISTEMA LE PROPORCIONARÁ LA FUNCIONALIDAD DE CONTROL DE CUPOS DE PETICIÓN. A MODO INFORMATIVO, EL SISTEMA LE MOSTRARÁ UN CALENDARIO CON EL RECUENTO PARA CADA DÍA DEL NÚMERO DE PETICIONES QUE YA HAN SIDO REGISTRADAS PARA EL CENTRO DE EXTRACCIÓN SELECCIONADO. SI DICHO CENTRO DE EXTRACCIÓN TIENE ASOCIADO UN CALENDARIO EN SU CONFIGURACIÓN, EN CADA DÍA APARECERÁN TAMBIÉN LOS CUPOS MÁXIMOS DE PETICIONES CONFIGURADAS PARA ESE CENTRO DE EXTRACCIÓN EN LA TAREA CALENDARIOS DE CUPOS DEL MÓDULO DE LABORATORIO. **MANUAL DE REGISTRO PAG. 16**
16. _	SOLICITUD DE ESTUDIOS EN BLOQUE Y ASIGNACIÓN DE PACIENTES.	TANTO PARA REALIZAR LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS PROCEDENTES DE CENTROS DE EXTRACCIÓN COMO DE MUESTRAS OBTENIDAS EN EL HOSPITAL, EL SISTEMA PERMITE REALIZAR LA ACEPTACIÓN DE MUESTRAS, TANTO INDIVIDUALMENTE COMO EN BLOQUE, MEDIANTE LAS TAREAS CORRESPONDIENTES. ASI COMO LA ASIGNACIÓN DE PACIENTES **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 39**
17. _	SOLICITUD DE ESTUDIOS EN BLOQUE.	TANTO PARA REALIZAR LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS PROCEDENTES DE CENTROS DE EXTRACCIÓN COMO DE MUESTRAS OBTENIDAS EN EL HOSPITAL, EL SISTEMA PERMITE REALIZAR LA ACEPTACIÓN DE MUESTRAS, TANTO INDIVIDUALMENTE COMO EN BLOQUE, MEDIANTE LAS TAREAS CORRESPONDIENTES. ASI COMO LA ASIGNACIÓN DE PACIENTES **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 39**
18. _	MODIFICACIÓN DE SOLICITUDES BASADOS EN LAS REGLAS DE CONFIGURACIÓN.	TRAS EL ENVÍO DE LA PETICIÓN Y SEGÚN LA CONFIGURACIÓN DE SU SISTEMA, MODULAB PUEDE APLICAR UNA SERIE DE PROCESOS AUTOMÁTICOS ANTES DE GENERAR EL REGISTRO, DE MODO QUE EL RESULTADO DE LOS MISMOS PUEDA REQUERIR DE SU ACTUACIÓN, MODIFICAR LA SOLICITUD DE PRUEBAS **MANUAL DE REGISTRO PAG. 19**
19. _	ENCUESTAS DE PRESOLICITUD.	ENCUESTAS DE PRESOLICITUD. **CARTA COMPROMISO**
20. _	ENCUESTAS DE POST SOLICITUD.	ENCUESTAS DE POST SOLICITUD. **CARTA COMPROMISO**
21. _	VERIFICACIÓN DE MUESTRAS MEDIANTE LECTURA DE CÓDIGOS DE BARRAS.	EL SISTEMA MANEJA UN ELEMENTO EXTERNO PARA TENER EL CONTROL DE PACIENTE YA SU VEZ UNA VALIDACIÓN DE LA MUESTRA CON LECTURA DE CÓDIGOS DE BARRAS. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 8**

30 JUN 2026

SESVER/DJ/0661/2026

ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
22. _	RECHAZO DE MUESTRAS POR PERSONAL DEL LABORATORIO O POR REGLAS AUTOMÁTICAS EJECUTADAS AL CUMPLIRSE ALGUNA CONDICIÓN PREESTABLECIDA (SIN EXISTENCIA DE REACTIVO, ANALIZADOR NO OPERATIVO, ETC.)	RECHAZO DE PRUEBAS Y PERFILES: PARA RECHAZAR (O DESRECHAZAR) UNA (O VARIAS) PRUEBAS (O PERFILES) BASADO EN LAS REGLAS AUTOMÁTICAS BASTARÁ CON SELECCIONAR LA OPCIÓN "RECHAZAR PRUEBA" EN EL BOTÓN DE ACCIONES DE LA FILA. APARECERÁ EL MENÚ CON LAS OPCIONES RECHAZO (VER RECHAZO DE PRUEBAS Y PERFILES). **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 35**
23. _	EMISIÓN DE COMPROBANTES CON LOS REQUISITOS DE PRESENTACIÓN, PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES AL PACIENTE.	SEGÚN LA CONFIGURACIÓN DE SU USUARIO, TRAS EL REGISTRO DE UNA PETICIÓN, EL SISTEMA PUEDE IMPRIMIR UNA COPIA DE LA HOJA DE COMPROBANTE, EN LA QUE APARECERÁN LO NECESARIO PARA LA REALIZAR LOS EXÁMENES PARA EL ANÁLISIS. **MANUAL DE REGISTRO PAG. 20**
24. _	LISTADOS DE CONTROL TALES COMO, LISTA DE TRABAJO, LISTADO DE ORDENES PENDIENTES DE PROCESOS, MUESTRAS PENDIENTES, RECHAZADAS.	ESTA TAREA PERMITE REALIZAR UNA CONSULTA GLOBAL DEL ESTADO DE LAS LISTAS DE TRABAJO ACTIVAS, PENDIENTES Y/O RECHAZADAS. MEDIANTE UNA DISTRIBUCIÓN GRÁFICA, SE REPRESENTA EL ESTADO DE LAS PRUEBAS INCLUIDAS EN LAS LISTAS DE TRABAJO GENERADAS. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 96**
25. _	COMENTARIOS EN BLOQUE PARA SOLICITUDES.	OBSERVACIONES: INDIQUE AQUELLAS NOTAS O COMENTARIOS RELATIVOS A LA PETICIÓN QUE CONSIDERE OPORTUNOS. CAMPO OPCIONAL INDIVIDUAL O EN BLOQUE. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 49**
26. _	ENVIÓ BIDIRECCIONAL DE DATOS A ANALIZADORES Y OTROS SISTEMAS.	LOS CLIENTES TIENEN LA POSIBILIDAD DE INTERFAZ LOS EQUIPOS O INSTRUMENTOS DE LABORATORIO PARA EL ENVIÓ AUTOMÁTICO DE RESULTADOS, LA MENSAJERÍA Y RECURSOS EN LÍNEA. EL SISTEMA TIENE LA CAPACIDAD E INTERFAZAR EQUIPOS DE CUALQUIER MARCA Y MODELO DE MANERA DIRECCIONAL O BIDIRECCIONAL, TAMBIÉN REALIZANDO LA INTERFAZ CON OTROS SISTEMAS. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 23**
27. _	QUE INCLUYA ETIQUETADORA PARA LA IMPRESIÓN DE ETIQUETAS INDIVIDUALES O POR SECCIONES.	SEGÚN LA CONFIGURACIÓN DE SU USUARIO, EL SISTEMA IMPRIMIRÁ AUTOMÁTICAMENTE LAS ETIQUETAS DE CONTENEDOR Y/O PACIENTE CORRESPONDIENTES A LA SOLICITUD GENERADA Y LA SECCIÓN. (INCLUYENDO IMPRESORA) **MANUAL DE REGISTRO PAG. 21**
28. _	MÓDULO PARA REPRESENTAR GRADILLAS DE FORMA DIGITAL PARA INTERCAMBIO DE MUESTRAS ENTRE DIFERENTES LABORATORIOS.	EN FUNCIÓN DE LA SEROTECA SELECCIONADA, SE REPRESENTAN EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE FILAS Y COLUMNAS SEGÚN LOS PARÁMETROS DE LA GRADILLA DEFINIDOS EN SU CONFIGURACIÓN. ASÍ MISMO, SE PUEDE REALIZAR INTERCAMBIO ENTRE DISTINTOS LABORATORIOS **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 209**

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

IMSS-BIE

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
29. _	MODULO PARA EL MANEJO DE GRADILLAS (SEROTECA) CON ROBOT (BRAZO ROBÓTICO)	PARA LA CONSULTA DE LA UBICACIÓN DE MUESTRAS EN LA SEROTECA Y SU MANTENIMIENTO, ACCEDER A LA TAREA (ICONO) QUE APARECE EN EL ESCRITORIO DE MODULAB EN FUNCIÓN DE LOS PERMISOS DE USUARIO. USANDO BRAZO ROBÓTICO PARA SU UBICACIÓN **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 208**
30. _	**ANALÍTICO:**	**ANALÍTICO:**
31. _	**HERRAMIENTAS DEL PROCESO ANALÍTICO CON LAS SIGUIENTES FUNCIONES PRINCIPALES:**	**HERRAMIENTAS DEL PROCESO ANALÍTICO CON LAS SIGUIENTES FUNCIONES PRINCIPALES:**
32. _	INGRESO DE RESULTADOS	UNA VEZ OBTENIDOS LOS RESULTADOS ANALÍTICOS, SE INTRODUCIRÁN LOS RESULTADOS PARA LAS PRUEBAS SOLICITADAS, DE FORMA AUTOMÁTICA MEDIANTE LA CONEXIÓN CON LOS ANALIZADORES O DE FORMA MANUAL. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 143**
33. _	VALIDACIÓN MANUAL O AUTOMÁTICA POR ANALITO, SECCIÓN O SOLICITUD DE LABORATORIO.	EL PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN PUEDE REALIZARSE POR SOLICITUD, POR ANALITO, GRUPOS DE PRUEBAS, E INCLUSO DIRECTAMENTE CON LA RECEPCIÓN DE RESULTADOS DEL ANALIZADOR DE FORMA AUTOMÁTICA. UNA VEZ REALIZADA LA VALIDACIÓN SE PROCEDE AL ENVÍO DE INFORMES AUTOMÁTICO CUANDO SE VALIDAN FACULTATIVAMENTE RESULTADOS O CUANDO SE BLOQUEAN DE IMPRESIÓN. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 166**
34. _	Certificado de buenas prácticas de fabricación de COFEPRIS o ISO 9001-2000 vigente (fabricantes nacionales) o TUV, CE, FDA (fabricantes extranjeros).	CERTIFICADO ISO13485_INTERTEK_2025-04-18, DE ACUERDO A PREGUNTA ADMINISTRATIVA Y LEGAL NÚMERO 16 DE BIODIST, S.A. DE C.V. **CARTA COMPROMISO**
35. _	COMENTARIOS CODIFICADOS	VER COMENTARIOS: MEDIANTE LA OPCIÓN "INFORMACIÓN DE LA MUESTRA" APARECE LA OPCIÓN DE CONSULTAR LOS COMENTARIOS INTRODUCIDOS EN EXTRACCIONES PARA ESE CONTENEDOR, LOS CUALES ESTAN CODIFICADOS. TAMBIÉN SE MUESTRA SI UN CONTENEDOR TIENE COMENTARIOS DE EXTRACCIÓN MEDIANTE UN ICONO DE COMENTARIO, TANTO EN EL MODELO 1 COMO MODELO 2. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 36**
36. _	PLANTILLAS COMPLETAMENTE CONFIGURABLES QUE PUEDAN DESPLEGAR RESULTADOS Y VALORES DE REFERENCIA TANTO CUANTITATIVOS COMO CUALITATIVOS PARA EXÁMENES QUE LO REQUIERAN	EL MODO DE CONFIGURAR LAS DIFERENTES PLANTILLAS ES DIFERENTE SEGÚN EL TIPO DE LOS DATOS. DE FORMA SOMERA PODEMOS HACER DOS GRANDES GRUPOS: DATOS CUANTITATIVOS Y DATOS CUALITATIVOS. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 143**
37. _	INGRESOS DE RESULTADOS EN BLOQUE	ESTA OPCIÓN PERMITE REALIZAR UN INGRESO DE RESULTADOS EN BLOQUE DE TODAS LAS PRUEBAS DE UNA LISTA DE TRABAJO. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 100**

30 JUN 2026

IMSS-BIE

SESVER/DJ/0666/2026

ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
38. _	LISTADOS PARA GESTIÓN POR RANGO DE SOLICITUDES	SE PUEDEN CONFIGURAR LOS LISTADOS POR DIFERENTES RANGOS Y FILTROS DE ACUERDO A CADA SOLICITUD **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 383**
39. _	LISTADOS POR SOLICITUDES PENDIENTES	ESTA TAREA PERMITE IMPRIMIR UNA LISTA DE LAS PETICIONES PENDIENTES REGISTRADAS EN EL SISTEMA, PERMITIENDO A SU VEZ INDICAR EN QUÉ SECCIÓN O EN QUÉ ESTADO DEBEN ESTAR SUS PRUEBAS PARA QUE APAREZCAN EN EL LISTADO. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 228**
40. _	LISTADOS PARA GESTIÓN DE LABORATORIO.	GESTIÓN DE RESULTADOS LISTA DE TRABAJO ESTA TAREA PERMITE ANOTAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL LABORATORIO DE LAS PRUEBAS REALIZADAS EN BASE A UNA LISTA DE TRABAJO GENERADA. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 159**
41. _	LISTADOS POR FECHA DE IMPRESIÓN, POR SECCIÓN, POR MÉDICO	EN LA GENERACIÓN DE LOS LISTADOS HAY UNA PESTAÑA PARA DEFINIR EL FORMATO DEL MISMO. EN ESTA PESTAÑA PUEDEN DEFINIRSE LA FECHA, EL FOLIO DE SERVICIO, EL MÉDICO, LA SECCIÓN Y SI SE QUIERE O NO DAR LA POSIBILIDAD DE EXPORTAR EL LISTADO A EXCEL. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 224**
42. _	HOJAS DE TRABAJO	HOJAS DE TRABAJO **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 94**
43. _	VALIDACIÓN EN BLOQUE	ESTA OPCIÓN PERMITE LANZAR EL PROCESO DE VALIDACIÓN EN BLOQUE DE TODAS LAS PRUEBAS CON RESULTADOS DE UNA LISTA DE TRABAJO **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 100**
44. _	PROCESOS DE PRIMERA Y SEGUNDA VALIDACIÓN.	EL PROCESO DE VALIDACIÓN SE PUEDE PARAMETRIZAR SEGÚN LA SELECCIÓN DE UNA SERIE DE OPCIONES. DONDE PUEDE TENER UNA PRIMERA Y SEGUNDA VALIDACIÓN.. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 168**
45. _	MÓDULO PARA CONTROL DE CALIDAD CON REGLAS DE WESTGARD, GRÁFICA DE LEVEY-JENNINGS Y DISTRIBUCIÓN NORMAL. CONFORMIDAD RILIBÄK.	PERMITE ALMACENAR Y GESTIONAR TODOS LOS VALORES DE CONTROL DE CALIDAD EFECTUADOS EN LOS ANALIZADORES DEL LABORATORIO CON REGLAS DE WESTGARD, GRÁFICA DE LEVEY-JENNINGS Y DISTRIBUCIÓN NORMAL. CONFORMIDAD RILIBÄK. DICHOS RESULTADOS SON DIRECTAMENTE RECIBIDOS DESDE UNA CONEXIÓN ON-LINE CON EL ANALIZADOR. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG 43**
46. _	MÓDULO PARA ALMACENAMIENTO DE IMÁGENES (PARA CONSULTA CON FINES DIDÁCTICOS).	EN ESTE APARTADO, SE PODRÁN ADJUNTAR Y VISUALIZAR, TODAS LAS IMÁGENES RELATIVAS A LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA ANALÍTICA QUE SE DESEEN. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 314**

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3600 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
47. _	ALERTAS DELTA CHECK	DELTA CHECK: SE MOSTRARÁ LA MARCA DE DELTA CHECK SEGÚN EL CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE VARIACIÓN DEL RESULTADO DE UNA PRUEBA **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 145**
48. _	ALERTA EPIDEMIOLÓGICA	NOTIFICAR UNA ALERTA EPIDEMIOLÓGICA **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 194**
49. _	ALERTAS EN PANTALLA EN RESULTADOS CRÍTICOS (QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA DEL PACIENTE).	PERMITIRÁ AL USUARIO NOTIFICAR RESULTADOS CRÍTICOS AL MISMO TIEMPO QUE LOS INTRODUCE Y VÁLIDA. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 187**
50. _	**POST-ANALÍTICO:**	**POST-ANALÍTICO:**
51. _	**HERRAMIENTAS DEL PROCESO POST-ANALÍTICO:**	**HERRAMIENTAS DEL PROCESO POST-ANALÍTICO:**
52. _	IMPRESIÓN DE RESULTADOS INDIVIDUALES O EN BLOQUE.	SE PUEDE REALIZAR SU IMPRESIÓN INDIVIDUAL O EN BLOQUE. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 100**
53. _	ENVÍO DE RESULTADOS CORREO ELECTRÓNICO.	EL RESULTADO OBTENIDO DE ESTAS ESTADÍSTICAS PODRÁ IMPRIMIRSE, EXPORTARSE O ENVIARSE POR E-MAIL. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 48**
54. _	RESULTADOS ENTREGADOS.	FECHA HORA FIJADA DE ENTREGA: INDIQUE LA HORA PREVISTA DE ENTREGA DEL RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE LA PETICIÓN. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 49**
55. _	DESPACHO DE RESULTADOS.	PARA PODER VISUALIZAR LOS RESULTADOS DE UN PACIENTE HA DE REALIZAR UNA BÚSQUEDA DE PACIENTE (VER APARTADO BÚSQUEDA DE PACIENTE) UNA VEZ TIENE SELECCIONADO UN PACIENTE, SE LE MOSTRARÁ UN LISTADO DE PETICIONES PARA EL DESPACHO DE LOS RESULTADOS **MANUAL DE INTRALAB PAG. 14**
56. _	CONSULTA RESULTADOS PÁGINA WEB (PACIENTES Y MÉDICOS).	ESTA TAREA PERMITE REALIZAR LA CONSULTA DE INFORMES Y RESULTADOS DE UN PACIENTE. PRIMERO DE TODO TENDREMOS QUE HACER LA BÚSQUEDA DEL PACIENTE, SI NO LO ENCONTRAMOS EN MODULAB EL SISTEMA NOS PERMITIRÁ CAPTURAR DEL SISTEMA CENTRAL SEGÚN LOS PERMISOS (VER CONFIGURACIÓN DE SISTEMA EN EL MANUAL DE CONFIGURACIÓN), PUDIENDO SER CONSULTADOS EN UNA PÁGINA WEB. **MANUAL INTRALAB PAG. 4**

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL
30 JUN 2026
ATENCIÓN PRESUPUESTAL
FUENTE DE FINANCIAMIENTO IMSS-BIE

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
57. _	AUDITORIA DE LAS ORDENES DE TRABAJO.	ESTE CONCEPTO PERMITE DEFINIR NUEVAS LISTAS DE TRABAJO. LAS LISTAS DE TRABAJO SON DOCUMENTOS QUE GUÍAN LA CAPTACIÓN DE LOS DATOS EN EL LABORATORIO LOS CUALES PUEDEN ALMACENARSE PARA FUTURAS AUDITORIAS. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 81**
58. _	CONSULTA DE RESULTADOS A TRAVÉS DE UNA APP (ANDROID Y IOS).	SE HA PODIDO CONJUNTAR LA FUNCIONALIDAD DE LA CONSULTA DE RESULTADOS VÍA WEB Y POR MEDIO DE UN APP PARA DISPOSITIVOS ANDROID Y IOS **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 9**
59. _	MÓDULO DE MENSAJERÍA INTERNA (TIPO E-MAIL).	ESTA TAREA PERMITE ENVIAR MENSAJES INTERNOS ENTRE LOS USUARIOS DE MODULAB TIPO CORREO ELECTRÓNICO. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 337**
60. _	POSIBILIDAD DE CONSULTA DE RESULTADOS POR EL USUARIO/PACIENTE, MEDIANTE CLAVES ALEATORIAS, EN FORMATO .PDF, PUDIENDO CONSULTARLO POR UN TIEMPO ESTIMADO.	PERMITIR EL ACCESO AL HISTORIAL DE PACIENTE: MARQUE ESTA OPCIÓN PARA QUE EL USUARIO PUEDA CONSULTAR EN PDF EL HISTORIAL DEL PACIENTE POR DETERMINADO TIEMPO, CON CLAVE ALEATORIA. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 183**
61. _	**CONFIGURACIÓN:**	**CONFIGURACIÓN:**
62. _	**HERRAMIENTA PERMITA GESTIONAR TODOS LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE PRODUCCIÓN SE ADAPTEN A LAS NECESIDADES QUE CUENTE CON PARÁMETROS:**	**HERRAMIENTA PERMITA GESTIONAR TODOS LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE PRODUCCIÓN SE ADAPTEN A LAS NECESIDADES QUE CUENTE CON PARÁMETROS:**
63. _	EXÁMENES	LA PANTALLA DE PRUEBA SE DIVIDE EN LAS PESTAÑAS DE DEFINICIÓN, REPRESENTACIÓN, TÉCNICAS, MÁRGENES, CRÍTICOS, INF. ADICIONAL, NOTAS, ESTADÍSTICAS, SECCIÓN (SOLO EN CASO MULTICENTRO), TIEMPOS DE ANÁLISIS (SOLO EN CASO MULTICENTRO), REPETICIONES, TARIFAS E HISTORIAL. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 58**
64. _	GRUPOS DE EXÁMENES	PARA FACILITAR EL REGISTRO DE PETICIONES EN CUANTO A LA SOLICITUD DE PRUEBAS Y PERFILES, EL SISTEMA PERMITE ESTABLECER GRUPOS, DE MODO QUE AL SOLICITAR UN DETERMINADO GRUPO IMPLIQUE LA SOLICITUD DE TANTAS PRUEBAS Y/O PERFILES COMO SE HAYAN DEFINIDO EN DICHO GRUPO. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 79**
65. _	MUESTRAS	ESTA TAREA PERMITE UN CONTROL Y CONFIGURACIÓN DE LAS MUESTRAS Y CONTENEDORES. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 37**

SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ DEPARTAMENTO DE CONTROL PRESUPUESTAL 30 JUN 2026 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL FUENTE DE FINANCIAMIENTO IASS-BIE AÑO DEL RECURSO 2026

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
66. _	TUBOS	CONFIGURACIÓN DE CONTENEDORES (TUBOS) ESTA TAREA PERMITE CONFIGURAR LOS TUBOS RECIBIDOS EN UN RANGO DE FECHAS DE RECEPCIÓN **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 238**
67. _	SECCIONES	ESTA TAREA PERMITE REALIZAR UNA CONSULTA GLOBAL POR SECCIÓN DEL ESTADO DE LAS PRUEBAS. MEDIANTE UNA DISTRIBUCIÓN GRÁFICA, SE REPRESENTA EL ESTADO DE LAS PRUEBAS DE LA SECCIÓN SELECCIONADA. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 262**
68. _	TÉCNICAS	PODRÍAMOS DEFINIR UNA TÉCNICA COMO AQUELLA FAMILIA BAJO LA CUAL APARECEN AGRUPADAS LAS PRUEBAS Y PERFILES, DE MODO QUE NOS FACILITE SU IDENTIFICACIÓN Y MEJORE SU PRESENCIA EN LOS INFORMES, PUESTO QUE EL ORDEN DE LAS PRUEBAS EN EL INFORME VIENE DEFINIDO MEDIANTE LA ASIGNACIÓN DE TÉCNICAS A LAS PRUEBAS Y ESTAS SON CONFIGURABLES. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 43**
69. _	VALORES DE REFERENCIA	VALORES DE REFERENCIA: MÁRGENES DE NORMALIDAD DEFINIDOS EN LA CONFIGURACIÓN DE LA PRUEBA. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 144**
70. _	RESULTADOS CODIFICADOS	ESTE CONCEPTO PERMITE DAR DE ALTA A POSIBLES FAMILIAS DE RESULTADOS CODIFICADOS ASÍ COMO SUS VALORES, PARA LA ENTRADA DE RESULTADOS INTERPRETADOS. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 79**
71. _	RASTREABILIDAD DE TODOS LOS PROCESOS	EL SISTEMA PERMITE REALIZAR UN RASTREO DE TODOS LOS PROCESOS EN EL SISTEMA, ASÍ COMO VER EL DETALLE DE LOS MISMOS MOSTRANDO UN LISTADO DE PETICIONES INCLUIDAS EN EL PROCESO Y SU ESTADO. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 197**
72. _	AUDITORIA POR FECHA, HORA, USUARIO Y DIRECCIÓN IP POR CADA TRANSACCIÓN HECHA EN EL SISTEMA ES DECIR POR CADA ALTA, MODIFICACIÓN O CANCELACIÓN DE PACIENTES Y DE ESTUDIOS	CADA ELEMENTO DE CONFIGURACIÓN DISPONE DE UN HISTORIAL (LOG) QUE REGISTRA TODAS LAS ACCIONES DE CREACIÓN Y MODIFICACIÓN REALIZADAS SOBRE EL ELEMENTO, GUARDANDO INFORMACIÓN SOBRE LA FECHA/HORA, USUARIO, ACCIÓN REALIZADA Y, SEGÚN OPCIÓN DEL USUARIO, IP DE LA ESTACIÓN DESDE LA QUE SE REALIZA LA ACCIÓN, ALTA Y CANCELACIÓN DE PACIENTES Y ESTUDIOS. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 10**
73. _	CON LA POSIBILIDAD DE DETERMINAR EL NIVEL DE ACCESO A LAS FUNCIONES DEL SISTEMA Y A LA DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN PARA USUARIOS FINALES	ESTE CONCEPTO PERMITE DAR DE ALTA Y ASIGNAR LOS USUARIOS QUE TENDRÁN ACCESO A LOS DIFERENTES MÓDULOS. CADA USUARIO PUEDE TENER DIFERENTE NIVEL DE ACCESO SEGÚN SE LE QUIERA DAR MAYOR O MENOR CAPACIDAD DE MANIPULACIÓN DEL SISTEMA Y DE DATOS DENTRO DEL PROGRAMA. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 178**

30 JUN 2026

SESVER/DJ/0660/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
74. _	PERSONALIZACIÓN DE ETIQUETAS (PETICIÓN, CONTENEDORES, QC, STOCK, ETC.)	MEDIANTE ESTE MANTENIMIENTO SE PERMITE DEFINIR EL FORMATO DE ETIQUETAS DE DIFERENTES CONCEPTOS A LOS CUALES SE HACE REFERENCIA DENTRO DE LA APLICACIÓN DE REGISTRO Y DE LABORATORIO. ENTRE ESTOS CONCEPTOS GENERALES ESTÁN LAS ETIQUETAS DE PACIENTE, PETICIÓN, CULTIVO, CONTROL DE CALIDAD, STOCK Y VISITA, ASÍ COMO QC, CONTENEDORES, ETC. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 26**
75. _	PERSONALIZACIÓN DE PLANTILLAS PARA ANTIBIOGRAMAS.	LA CARGA DE LOS ANALIZADORES DE MICROBIOLOGÍA NO SE GESTIONA POR MUESTRAS COMO CON LAS PRUEBAS SIMPLES. SE GESTIONA CON EL NÚMERO DE CULTIVO, SUS AISLAMIENTOS Y PANELES. POR ELLO SE DISPONE DE UNA TAREA ESPECÍFICA PARA LA CARGA DE CULTIVOS CON PLANTILLA PERSONALIZADA. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 360**
76. _	CONECTIVIDAD (INTERFAZ):	ENTREGA, INSTALACIÓN Y PUESTA A PUNTO DE LA INTERFAZ DE LOS EQUIPOS DE LABORATORIO AUTOMATIZADOS, CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL CONTROL DE LA PRODUCTIVIDAD ASÍ COMA PARA LA OBTENCIÓN EN LÍNEA DE LOS RESULTADOS. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 21**
77. _	HERRAMIENTA QUE PERMITA UTILIZAR LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA ALÁMBRICA PARA COMUNICACIÓN CON DIFERENTES EQUIPOS DE ANÁLISIS DE MUESTRAS INDEPENDIENTEMENTE DEL ANALIZADOR.	EL SISTEMA TIENE LA CAPACIDAD E INTERFAZAR EQUIPOS DE CUALQUIER MARCA Y MODELO DE MANERA DIRECCIONAL O BIDIRECCIONAL POR RED, TAMBIÉN REALIZANDO LA INTERFAZ CON OTROS SISTEMAS HOSPITALARIOS. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 23**
78. _	CON CAPACIDAD DE RECONOCER Y ACEPTAR LOS DIFERENTES TIPOS DE ENTRADA Y SALIDA DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE PUERTOS SERIALES, ADAPTADORES DE RED, ARCHIVOS PLANOS, ETC. (HOST, HOSTQUERY, FULLHOSTQUERY).	CON RECEPCIÓN Y ENVÍO POR PUERTOS SERIALES, RED, ENVÍO DE ARCHIVOS, ADAPTADORES RS232 INTERCAMBIO DE ARCHIVOS PLANOS, COMUNICACIÓN HOSTQUERY Y FULL HOSTQUERY, COMUNICACIÓN HL7 CON CUALQUIER HIS. **Manual de Especificaciones Pag. 23**
79. _	POSIBILIDAD DE RECIBIR LAS IMÁGENES DE ANALIZADORES: HEMOGRAMAS, HISTOGRAMAS, ESCATOGRAMAS, CURVAS.	EN ESTE APARTADO, SE PODRÁN ADJUNTAR Y VISUALIZAR, TODAS LAS IMÁGENES RELATIVAS A LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA ANALÍTICA QUE SE DESEEN DESDE ANALIZADORES Y PODER ALMACENARLAS. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 314**
80. _	**OTRAS CARACTERÍSTICAS:**	**OTRAS CARACTERÍSTICAS:**
81. _	ARQUITECTURA WEB/ESCRITORIO: QUE PERMITA EL ACCESO A LAS SECCIONES PRINCIPALES DE LA SOLUCIÓN DESDE MÚLTIPLES TERMINALES, SIN QUE SE REQUIERA LA INSTALACIÓN DEL SOFTWARE PARA CONSULTA EN CADA UNA DE ELLAS.	EL ACCESO A INTRALAB SE PUEDE REALIZAR DESDE EL NAVEGADOR DE CUALQUIER ESTACIÓN REMOTA SIN INSTALAR SOFTWARE EXTRA (ARQUITECTURA WEB). **MANUAL INTRALAB PAG. 3**

30 JUN 2026 ASESORÍA Y APOYO TÉCNICO FUENTE DE FINANCIAMIENTO INSS-BIE AÑO DEL EJERCICIO 2026

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
82. _	MULTI-NAVEGADORES: CON CAPACIDAD DE EJECUCIÓN DESDE DIFERENTES NAVEGADORES DE INTERNET COMO LO SON MICROSOFT, INTERNET EXPLORER, MOZILLA FIREFOX, OPERA Y SAFARI.	MODO DE APERTURA DE LOS INFORMES: PARA SELECCIONAR QUE AL ABRIR UN INFORME, ÉSTE SE 'VEA EN EL NAVEGADOR SELECCIONADO (MULTINAVEGADOR) O QUE EL SISTEMA 'PREGUNTE SI DESEA GUARDARLO' PARA GUARDARLO O ABRIRLO EN UNA VENTANA INDEPENDIENTE, PERMITE INTERNET EXPRORER, MICROSOFT, FIREFOX, MOZILLA, OPERA, SAFARI, ETC.. **MANUAL INTRALAB PAG. 9**
83. _	SISTEMA DESARROLLADO EN MODELO EN CAPAS COMPUESTAS POR: INTERFACE (INTERFACES WEB, INTERFACES WINDOWS), BUSINNESS ACCESS LAYER, DATA ACCESS LAYER, DATABASE	EL CLIENTE SE PUEDE TRABAJAR EN AMBIENTE WINDOWS VERSION 7, XP, Y POSTERIORES, MAC, ASÍ COMO EN AMBIENTE LINUX. MODULAB TIENE LA MODALIDAD DE SERVER LOCAL, SERVIDOR/CLIENTE Y SERVER CENTRALIZADO. EN CAPAS, BUSINNESS ACCES LAYER, DATA ACCESS LAYER, DATABASE **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG 5**
84. _	ARQUITECTURA ORIENTADA A SERVICIOS (SOA)	ARQUITECTURA ORIENTADA A SERVICIOS (SOA) **CARTA COMPROMISO**
85. _	PERMITA INTEGRARSE A TRAVÉS DE WEB SERVICES, HL7, ARCHIVOS DE TEXTO, TANTO ENTRE LOS MÓDULOS QUE LO COMPONEN, COMO CON LOS OTROS SISTEMAS.	MODULAB TIENE LA CAPACIDAD DE CONECTARSE A CUALQUIER HIS O SISTEMA CENTRAL POR PROTOCOLO HL7. EL PROTOCOLO HL7 ES UN ENVIÓ DE MENSAJES CON DATOS ESPECÍFICOS O DECODIFICADOS CON ESTÁNDAR DE CONFIGURACIÓN PARA LA INTERPRETACIÓN DEL MENSAJE. EL MENSAJE NOS PERMITE RECIBIR INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE, ESTUDIOS A REALIZAR Y REGRESAR LOS RESULTADOS DEL PACIENTE Y SUS DATOS DEMOGRÁFICOS, WEB SERVICES Y ARCHIVOS DE TEXTO. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG 47**
86. _	ESCALABILIDAD SEMI AUTOMÁTICA, QUE PERMITA AGREGAR/ELIMINAR DE FORMA RÁPIDA NODOS DE PROCESAMIENTO CON EL FIN DE ADECUARSE A LA CARGA DE TRABAJO DEL LABORATORIO	ASÍ COMO ORGANIZAR LAS MISMAS EN DIFERENTES SECCIONES, DANDO DE ALTA O BORRANDO SECCIONES. PARA CADA UNO DE LOS LABORATORIOS, SE DEBEN DEFINIR LAS SECCIONES DE LAS QUE SE COMPONE DE ACUERDO A LA ORGANIZACIÓN PARTICULAR DE CADA LABORATORIO DE FORMA RÁPIDA Y NODOS DE PROCESAMIENTO CON ESCALABILIDAD SEMI AUTOMÁTICA ADECUANDO LA CARGA DE TRABAJO DE CADA LABORATORIO **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 35**
87. _	QUE PERMITA SOPORTAR UNA GRAN CANTIDAD DE USUARIOS, Y QUE SEA COMPATIBLE CON EL CRECIMIENTO DEL LABORATORIO.	PARA MAYOR COMODIDAD, LA LISTA DE USUARIOS DEL SISTEMA, APARECE AGRUPADA POR GRUPO DE USUARIOS , PERMITIENDO UNA GRAN CANTIDAD DE USUARIOS DE ACUERDO AL CRECIMIENTO DEL LABORATORIO. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 178**

30 JUN 2026

1455 -BLG

SESVER/DJ/066/2026

ADQ.

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
88. _	CON LA CAPACIDAD DE ENVIAR CORREOS ELECTRÓNICOS A PACIENTES DIRECTAMENTE.	EMAIL PACIENTE: EN LOS CASOS DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO SE HA AÑADIDO LA POSIBILIDAD DE ESCOGER COMO CORREO ELECTRÓNICO EL EMAIL DEL PACIENTE DE LA PETICIÓN. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 37**
89. _	CON LA CAPACIDAD DE ENVIAR LOS RESULTADOS POR CORREO ELECTRÓNICO, EN FORMATO PDF. CON CONTRASEÑA AL MÉDICO.	EMAIL DOCTOR: EN LOS CASOS DE ENVÍO POR CORREO ELECTRÓNICO SE HA AÑADIDO LA POSIBILIDAD DE ESCOGER COMO CORREO ELECTRÓNICO EL EMAIL DEL DOCTOR DE LA PETICIÓN CON CONTRASEÑA DEL INFORME PDF GENERADO. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 37**
90. _	POSIBILIDAD DE PONER FIRMA DIGITAL DE LOS USUARIOS VALIDADORES.	FIRMA DIGITAL OBLIGATORIA: ESTA OPCIÓN DETERMINA QUE EL DESTINO ESTÁ ASOCIADO A INFORMES FIRMADOS, Y SE TRATARÁ EN EL ENVÍO DE INFORMES FIRMADOS. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 37**
91. _	POSIBILIDAD DE INGRESAR IMÁGENES EN LAS PRUEBAS, PERFILES O EN EL INFORME EN GENERAL.	EL SISTEMA LE PERMITE ASOCIAR RESULTADOS DE TIPO IMAGEN EN CUALQUIER INFORME. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 290**
92. _	POSIBILIDAD DE RECIBIR IMÁGENES DESDE MICROSCOPIO DIGITAL.	PARA AQUELLOS CASOS EN LOS QUE SE DISPONGA DE UNA CONEXIÓN CON UN MICROSCOPIO QUE LE PERMITA LA EMISIÓN DE IMÁGENES, MODULAB LE PERMITIRÁ REALIZAR LA CAPTURA DE LAS MISMAS PARA ADJUNTARLAS COMO RESULTADOS DE LA PRUEBA. **MANUAL DE LABORATORIO PAG 293**
93. _	MÓDULO DE CAJA: COTIZACIONES, COBROS, CORTES, INFORME POR MATRIZ O EN GENERAL.	CAJA MODULAB ES EL SISTEMA DE APOYO PARA LA COBRANZA Y FACTURACIÓN DE PETICIONES REGISTRADAS EN MODULAB GOLD, PROVEE UNA INTERFAZ AMIGABLE EN UN AMBIENTE WEB DENTRO DE LA INTRALAB PARA FACILITAR LA IMPLEMENTACIÓN Y REDUCIR LA NECESIDAD DE INSTALACIÓN EN EQUIPO CLIENTE. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 27**
94. _	INGRESO DE PACIENTES MEDIANTE LA WEB POR MEDIO DE INTRALAB.	EN ESTE APARTADO SE PUEDEN CONFIGURAR LOS PARÁMETROS RELACIONADOS CON LA INTRALAB Y LA CONEXIÓN DE LA MISMA CON MODULAB WIN CON INGRESO DE PACIENTES VÍA WEB POR MEDIO DE INTRALAB. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 20**
95. _	CON LA CAPACIDAD DE PROGRAMAR TAREAS RECURRENTES QUE SE DEBAN LLEVAR A CABO PARA SU EJECUCIÓN AUTOMÁTICA POR PERIODOS POR DÍAS U HORAS.	EL MANTENIMIENTO DEL SISTEMA ES MAS SENCILLO, MODULAB PERMITE PROGRAMAR POR PERÍODOS DE TIEMPO CONFIGURABLE LA EJECUCIÓN AUTOMÁTICA DE CIERTAS TAREAS LAS CUALES PUEDEN SER RECURRENTES. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 27**
96. _	CON LA CAPACIDAD DE RESPALDO Y ACTUALIZACIÓN AUTOMÁTICA.	EN CASO QUE LA BASE DE DATOS LLEGARA A TENER PROBLEMAS DE SEGURIDAD O LLEGAR A CORROMPERSE LA INFORMACIÓN, SE TIENE LA POSIBILIDAD DE RECUPERARLA EN SU TOTALIDAD DE FORMA AUTOMÁTICA CON RESPALDOS AUTOMÁTICOS DIARIOS Y ORACLE

30 JUN 2026

IMSS-BIENESTAR 2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
		TIENE LA OPCIÓN DE UBICAR LA BASE EN RUTAS ESPECIFICA. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 10**
97. _	CON LA CAPACIDAD DE GENERAR REPORTES Y ESTADÍSTICAS CON BASE EN NECESIDADES ESPECÍFICAS DEL LABORATORIO PERMITIENDO CREAR MÚLTIPLES TIPOS DE REPORTES CON FUNDAMENTOS SÓLIDOS BASADOS EN INFORMACIÓN CONCRETA DE LA ORGANIZACIÓN.	MODULAB TIENE INTEGRADO UN SISTEMA DE ESTADÍSTICAS QUE PERMITE GENERAR ESTADÍSTICAS PERSONALIZADAS A NECESIDAD DEL CLIENTE. ESTO PERMITE EFECTUAR REPORTES TANTO DE LAS ACTIVIDADES COMO DE LOS COSTES GENERADOS POR LAS MISMAS. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 65**
98. _	QUE CUENTE CON MÓDULO DE INVENTARIO PARA INSUMOS DEL LABORATORIO CON ENTRADAS Y SALIDAS AUTOMÁTICAS POR CÓDIGO DE BARRA.	MODULAB INTEGRA EN EL MÓDULO DE LABORATORIO UNA TAREA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL STOCKS DE UN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS, MANEJANDO CUALQUIER INSUMO POR CÓDIGO DE BARRAS CONTROLANDO ENTRADAS Y SALIDAS DE FORMA AUTOMÁTICA **MANUAL DE STOCK PAG 2**
99. _	QUE CUENTE CON MÓDULO DE GESTIÓN DE EQUIPAMIENTO DEL LABORATORIO MEDIANTE EL CUAL SE PUEDA LLEVAR EL CALENDARIO Y EL REGISTRO DOCUMENTAL DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS, CORRECTIVOS Y CALIBRACIONES A LOS MISMOS.	ESTA TAREA PERMITE GESTIONAR DE MANERA CENTRALIZADA LOS EQUIPAMIENTOS Y MANTENIMIENTOS, YA SEAN PREVENTIVOS O CORRECTIVOS, CALIBRACIONES, DOCUMENTANDO EN CALENDARIOS LAS FECHAS Y GUARDANDO LOS DOCUMENTOS PERTINENTES. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 323**
100. _	MÓDULO DE GESTIÓN DOCUMENTAL CON NIVELES DE PRIVILEGIOS PARA PROPORCIONARLE AL LABORATORIO UN REPOSITORIO DE DOCUMENTOS VARIOS, MANUALES DE PROCESOS, CERTIFICACIONES, ETC. Y CON EL CUAL PUEDA RESPALDARSE ANTE AUDITORÍAS O CERTIFICACIONES.	ESTE MÓDULO PERMITE ACCEDER A LOS DOCUMENTOS GUARDADOS EN EL REPOSITORIO DE LA APLICACIÓN, PUEDE ALMACENAR DOCUMENTOS, MANUALES DE PROCESO, CON NIVELES DE PRIVILEGIOS Y SER RESPALDO PARA CERTIFICACIONES Y AUDITORÍAS FUTURAS **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 314**
101. _	MÓDULO DE BUSINESS INTELLIGENCE QUE LE PERMITA AL LABORATORIO REALIZAR LAS MEDICIONES QUE CONSIDERE DE VALOR EN LOS PROCESOS DE SU LABOR ORATORIO MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE KPIS Y QUE TODO PUEDA SER VISUALIZADO MEDIANTE GRÁFICAS PERSONALIZADAS.	EL BUSINESS INTELIGENCE QUE PROPORCIONA EL SISTEMA ESTABLECE KPI´S A NECESIDAD DEL USUARIO, REALIZANDO REPORTES Y GRÁFICAS PARA VISUALIZAR ÁGILMENTE LOS DATOS DE SU PROCESO EN LABORATORIO. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 53**

172

30 JUN 2026

SESVER/DJ066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		SISTEMA INFORMÁTICO PARA LABORATORIO CLÍNICO
MARCA		IL
MODELO		MODULAB
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 1918
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		ISO 13485:2016, NUMERO Q5 112514 0001 REV., VIGENCIA 03-OCTUBRE-2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
102.	_ MÓDULO DE MICROBIOLOGÍA QUE PERMITA EXTRAER INFORMACIÓN MEDIANTE PIVOTES PERSONALIZADOS Y TABLAS DINÁMICAS PARA FINES ESTADÍSTICOS DE LA POBLACIÓN QUE ATIENDE AL LABORATORIO.	MODULAB SOPORTA LAS PARTICULARIDADES ESPECÍFICAS DE LOS LABORATORIOS DE MICROBIOLOGÍA, COMO SON LA ENTRADA Y EXTRACCIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBAS DE TIPO CULTIVO, PERMITIENDO REGISTRAR TANTO RESULTADOS DE AISLAMIENTOS COMO DE SENSIBILIDADES, CONEXIONES ONLINE DE ANALIZADORES PROPIOS DE MICROBIOLOGÍA, EXTRAYENDO INFORMACIÓN CON PIVOTES PERSONALIZADOS, TABLAS DINÁMICAS, GENERANDO ESTADÍSTICOS DE POBLACIÓN. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 356**
103.	_ MÓDULO PARA GENÉTICA.	MODULAB PERMITE LA GESTIÓN DE FAMILIAS Y ÁRBOLES GENEALÓGICOS PARA TRABAJAR ASPECTOS DE LA GENÉTICA ASOCIADOS A SUS PACIENTES. DENTRO DE ESTE APARTADO SE COMENTAN TODAS FUNCIONALIDADES RELACIONADAS CON FAMILIAS QUE INCLUYEN LA APLICACIÓN, Y SU FUNCIONAMIENTO. **MANUAL DE LABORATORIO PAG. 221**
104.	_ MÓDULO PARA EXPORTACIÓN A EXCEL DE REPORTES ESTADÍSTICOS A LA MEDIDA.	EXCEL: GENERAR EL RESULTADO A LA MEDIDA DE LA ESTADÍSTICA DEFINIDA COMO HOJA DE EXCEL. ES NECESARIO DEFINIR EN ESTE MODO DE GENERACIÓN PARA EXPORTAR EL RESULTADO DE LA ESTADÍSTICA. **MANUAL DE ESTADISTICAS PAG. 16**
105.	_ CON FILTRO AVANZADO PARA BÚSQUEDA PERSONALIZADA INVOLUCRANDO 1, 2, 3, ..., "N", VARIABLES DE BÚSQUEDA.	EN LA GRAN MAYORÍA DE TAREAS DEL MÓDULO DE LABORATORIO, EL SISTEMA PERMITE PERSONALIZAR Y ESTABLECER CUALQUIER NÚMERO FILTROS O VARIABLES PARA EL NÚMERO DE PETICIONES DE LA BÚSQUEDA QUE SE VISUALIZARÁN O PROCESAN. **MANUAL DE CONFIGURACIÓN PAG. 144**
106.	_ REGISTRO DE LA IP Y NOMBRE DEL EQUIPO PARA TRAZABILIDAD.	RASTREAR QUE EQUIPO Y QUE IP REALIZARON ALGUNA OPERACIÓN. **MANUAL DE ESPECIFICACIONES PAG. 27**
107.	_ EL PROVEEDOR DEL SISTEMA INFORMÁTICO DEBERÁ CONTAR CON UNA LÍNEA DE AYUDA 24HRS /7 DÍAS DEL AÑO 01 800 SIN COSTO PARA ATENCIÓN DE REPORTES	SERVICIO DE ASISTENCIA TELEFÓNICA CON ATENCIÓN PERSONALIZADA DE ESPECIALISTAS. (CON UNA LINEA 10 800) SOLUCIONES DE ASISTENCIA 24/7 PARA ESTAR SIEMPRE TRANQUILO.**CATÁLOGO DIGITAL PAG. 7**
108.	_ REGISTRO SANITARIO O DOF VIGENTE.	NO APLICA DE ACUERDO A PREGUNTA ADMINISTRATIVO Y LEGAL NÚMERO 15 DE BIODIST, S.A. DE C.V.
109.	_ GARANTIA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION DEL SUMINISTRO	109 GARANTIA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCION DEL SUMINISTRO **CARTA COMPROMISO**
110.	_ EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL SISTEMA POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.	110 EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL SISTEMA POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. **CARTA COMPROMISO**
111.	_ MANUALES DE OPERACIÓN EN ESPAÑOL.	111. MANUALES DE OPERACIÓN EN ESPAÑOL. **CARTA COMPROMISO**

30 JUN 2026 IMSS-BIE

SESVER/DJ/066/2026 ADO

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO	CENTRIFUGA CLÍNICA 36 TUBOS
MARCA	HETTICH
MODELO	ROTOFIX 32-A
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO, DOF RENGLONES 34 Y 35
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485: 2016 No. 546262 MDSAP16 EXPEDIDO POR DQS MED VIGENTE AL 9 DE JUNIO DEL 2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.))**
1. Centrifuga con capacidad de treinta y seis tubos como mínimo.	1. CENTRÍFUGA CON CAPACIDAD DE TREINTA Y SEIS TUBOS COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
2. Velocidad de la centrifuga 5,000 rpm como mínimo.	2. VELOCIDAD DE LA CENTRIFUGA 5,000 RPM COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 12
3. RCF de la centrífuga 4000 como mínimo.	3. RCF DE LA CENTRÍFUGA 4000 COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 12
4. Para tubos de 13 x 100 mm o equivalente a 7 ml.	4. PARA TUBOS DE 13 X 100 MM O EQUIVALENTE A 7 ML. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
5. Velocidad del rotor 3,450 rpm como mínimo.	5. VELOCIDAD DEL ROTOR 3,450 RPM COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
6. RCF del rotor: 2,195 como mínimo.	6. RCF DEL ROTOR: 2,195 COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
7. Control de tiempo y velocidad.	7. CONTROL DE TIEMPO Y VELOCIDAD. MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 15
8. Selección de tiempo de centrifugación	8. SELECCIÓN DE TIEMPO DE CENTRIFUGACIÓN. MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 15 Y FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 2
9. Tiempo programable de 1 a 99 minutos como mínimo	9. TIEMPO PROGRAMABLE DE 1 A 99 MINUTOS COMO MÍNIMO. MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 15
10. Display digital o panel de control para visualización de tiempo y velocidad.	10. DISPLAY DIGITAL O PANEL DE CONTROL PARA VISUALIZACIÓN DE TIEMPO Y VELOCIDAD. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 2
11. Bloqueo y cierre de la tapa o seguro electromecánico que impide la apertura de la tapa durante la operación.	11. BLOQUEO Y CIERRE DE LA TAPA O SEGURO ELECTROMECÁNICO QUE IMPIDE LA APERTURA DE LA TAPA DURANTE LA OPERACIÓN. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 2 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 17

30 JUN 2026

IMSS-BIENESTAR

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO	CENTRIFUGA CLÍNICA 36 TUBOS
MARCA	HETTICH
MODELO	ROTOFIX 32-A
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO, DOF RENGLONES 34 Y 35
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485: 2016 No. 546262 MDSAP16 EXPEDIDO POR DQS MED VIGENTE AL 9 DE JUNIO DEL 2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.))**
12. Interior de la centrífuga en acero inoxidable.	12. INTERIOR DE LA CENTRÍFUGA EN ACERO INOXIDABLE. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 2
13. Número de camisas o buckets de acuerdo con la capacidad del rotor.	13. NÚMERO DE CAMISAS O BUCKETS DE ACUERDO CON LA CAPACIDAD DEL ROTOR. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 13
14. Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	14. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 14
15. Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, cada 6 meses incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	15. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 15
16. En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	16. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 16

30 JUN 2026
IMSS-BIENESTAR
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ.

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DE EQUIPO	CENTRIFUGA CLÍNICA 24 TUBOS
MARCA	HETTICH
MODELO	ROTOFIX 32-A
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO, DOF RENGLONES 34 Y 35
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485: 2016 No. 546262 MDSAP16 EXPEDIDO POR DQS MED VIGENTE AL 9 DE JUNIO DEL 2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. Centrífuga con capacidad de veinticuatro tubos como mínimo.	1. CENTRÍFUGA CON CAPACIDAD DE VEINTE Y CUATRO TUBOS COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
2. Velocidad de la centrifuga 5,000 rpm como mínimo.	2. VELOCIDAD DE LA CENTRIFUGA 5,000 RPM COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 12
3. RCF de la centrífuga 4000 como mínimo.	3. RCF DE LA CENTRÍFUGA 4000 COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 12
4. Para tubos de 13 x 100 mm o equivalente a 7 ml.	4. PARA TUBOS DE 13 X 100 MM O EQUIVALENTE A 7 ML. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
5. Velocidad del rotor 3,450 rpm como mínimo.	5. VELOCIDAD DEL ROTOR 3,450 RPM COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
6. RCF del rotor: 2,195 como mínimo.	6. RCF DEL ROTOR: 2,195 COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
7. Control de tiempo y velocidad.	7. CONTROL DE TIEMPO Y VELOCIDAD. MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 15
8. Selección de tiempo de centrifugación	8. SELECCIÓN DE TIEMPO DE CENTRIFUGACIÓN. MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 15 Y FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 2
9. Tiempo programable de 1 a 99 minutos como mínimo	9. TIEMPO PROGRAMABLE DE 1 A 99 MINUTOS COMO MÍNIMO. MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 15

30 JUN 2026

IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

NOMBRE DE EQUIPO	CENTRIFUGA CLÍNICA 24 TUBOS
MARCA	HETTICH
MODELO	ROTOFIX 32-A
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO, DOF RENGLONES 34 Y 35
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485: 2016 No. 546262 MDSAP16 EXPEDIDO POR DQS MED VIGENTE AL 9 DE JUNIO DEL 2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
10. Display digital o panel de control para visualización de tiempo y velocidad.	10. DISPLAY DIGITAL O PANEL DE CONTROL PARA VISUALIZACIÓN DE TIEMPO Y VELOCIDAD. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 2
11. Bloqueo y cierre de la tapa o seguro electromecánico que impide la apertura de la tapa durante la operación.	11. BLOQUEO Y CIERRE DE LA TAPA O SEGURO ELECTROMECÁNICO QUE IMPIDE LA APERTURA DE LA TAPA DURANTE LA OPERACIÓN. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 2 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 17
12. Interior de la centrífuga en acero inoxidable.	12. INTERIOR DE LA CENTRÍFUGA EN ACERO INOXIDABLE. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 2
13. Número de camisas o buckets de acuerdo con la capacidad del rotor.	13. NÚMERO DE CAMISAS O BUCKETS DE ACUERDO CON LA CAPACIDAD DEL ROTOR. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 13
14. Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	14. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 14
15. Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, cada 6 meses incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	15. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, CADA 6 MESES INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 15
16. En caso de sustitución del equipo por uno de mayor tecnología, se requerirá la instalación, capacitación y puesta en marcha.	16. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO DE MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUERIRÁ LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 16

30 JUN 2026

IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/066/2026

AD

NOMBRE DE EQUIPO	CENTRIFUGA CLÍNICA 12 TUBOS
MARCA	HETTICH
MODELO	ROTOFIX 32-A
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO, DOF RENGLONES 34 Y 35
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485: 2016 No. 546262 MDSAP16 EXPEDIDO POR DQS MED VIGENTE AL 9 DE JUNIO DEL 2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1. Centrífuga con capacidad de doce tubos como mínimo.	1. CENTRÍFUGA CON CAPACIDAD DE DOCE TUBOS COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
2. Velocidad de la centrifuga 5,000 rpm como mínimo.	2. VELOCIDAD DE LA CENTRIFUGA 5,000 RPM COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 12
3. RCF de la centrífuga 4000 como mínimo.	3. RCF DE LA CENTRÍFUGA 4000 COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 12
4. Para tubos de 13 x 100 mm o equivalente a 7 ml.	4. PARA TUBOS DE 13 X 100 MM O EQUIVALENTE A 7 ML. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
5. Velocidad del rotor 3,450 rpm como mínimo.	5. VELOCIDAD DEL ROTOR 3,450 RPM COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
6. RCF del rotor: 2,195 como mínimo.	6. RCF DEL ROTOR: 2,195 COMO MÍNIMO. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 4
7. Control de tiempo y velocidad.	7. CONTROL DE TIEMPO Y VELOCIDAD. MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 15
8. Selección de tiempo de centrifugación	8. SELECCIÓN DE TIEMPO DE CENTRIFUGACIÓN. MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 15 Y FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 2
9. Tiempo programable de 1 a 99 minutos como mínimo	9. TIEMPO PROGRAMABLE DE 1 A 99 MINUTOS COMO MÍNIMO. MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 15
10. Display digital o panel de control para visualización de tiempo y velocidad.	10. DISPLAY DIGITAL O PANEL DE CONTROL PARA VISUALIZACIÓN DE TIEMPO Y VELOCIDAD. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 2

30 JUN 2026

IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/1066/2026

ADQ.

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DE EQUIPO	CENTRIFUGA CLÍNICA 12 TUBOS
MARCA	HETTICH
MODELO	ROTOFIX 32-A
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO, DOF RENGLONES 34 Y 35
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485: 2016 No. 546262 MDSAP16 EXPEDIDO POR DQS MED VIGENTE AL 9 DE JUNIO DEL 2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
11. Bloqueo y cierre de la tapa o seguro electromecánico que impide la apertura de la tapa durante la operación.	11. BLOQUEO Y CIERRE DE LA TAPA O SEGURO ELECTROMECÁNICO QUE IMPIDE LA APERTURA DE LA TAPA DURANTE LA OPERACIÓN. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 2 Y MANUAL DE INSTRUCCIONES DE MANEJO CENTRIFUGA ROTOFIX 32A PAGINA 17
12. Interior de la centrífuga en acero inoxidable.	12. INTERIOR DE LA CENTRÍFUGA EN ACERO INOXIDABLE. FOLLETO CENTRIFUGA ROTOFIX 32 A PAGINA 2
13. Número de camisas o buckets de acuerdo con la capacidad del rotor.	13. NÚMERO DE CAMISAS O BUCKETS DE ACUERDO CON LA CAPACIDAD DEL ROTOR. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 13
14. Garantía durante el plazo de ejecucion del suministro.	14. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 14
15. Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	15. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 15
16. En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	16. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 16

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DE EQUIPO	BAÑO MARIA
MARCA	ECOSHEL
MODELO	BATH 6
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO . DIARIO OFICIAL VIGENTE RENGLON 219
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 9001-2015 NO. 210045 VIGENTE AL 29 DE JULIO DE 2024 EXPEDIDO POR BUREAU VERITAS CERTIFICATION NORTH AMERICA INC. Y CERTIFICADO ISO 13485 NO. 45014 VIGENTE AL 09 DE JULIO DE 2024 EXPEDIDO POR NQA. CERTIFICATION LIMITED
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. Capacidad mínima de 6 litros	1. CAPACIDAD DE 36 LITROS . FOLLETO BAÑO MARÍA DE TEMPERATURA CONSTANTE BATH-6 PAGINA 1
2. Interior fabricado en acero inoxidable	2. INTERIOR FABRICADO EN ACERO INOXIDABLE. MANUAL DEL USUARIO BAÑO MARÍA DE TEMPERATURA CONSTANTE BATH-6 PAGINA 4
3. Rango de temperatura TA +5°C - 100 °C	3. RANGO DE TEMPERATURA TA +5°C - 100 °c . FOLLETO BAÑO MARÍA DE TEMPERATURA CONSTANTE BATH-6 PAGINA 1
4. Voltaje 110 V, 60 Hz	4. VOLTAJE 110 V, 60 HZ. MANUAL DEL USUARIO BAÑO MARÍA DE TEMPERATURA CONSTANTE BATH-6 PAGINA 4
5. Controlador de temperatura	5. CONTROLADOR DE TEMPERATURA. MANUAL DEL USUARIO BAÑO MARÍA DE TEMPERATURA CONSTANTE BATH-D PAGINA 4
6. Reloj digital o temporizador desde 1min hasta 999 minuto	6. RELOJ DIGITAL O TEMPORIZADOR DESDE 1 MIN HASTA 999 MINUTO. FOLLETO BAÑO MARÍA DE TEMPERATURA CONSTANTE BATH-6 PAGINA 1

30 JUN 2026

SESVER/DJ/1066/2026

AD Q.

NOMBRE DE EQUIPO	BAÑO MARIA
MARCA	ECOSHEL
MODELO	BATH 6
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO . DIARIO OFICIAL VIGENTE RENGLON 219
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 9001-2015 NO. 210045 VIGENTE AL 29 DE JULIO DE 2024 EXPEDIDO POR BUREAU VERITAS CERTIFICATION NORTH AMERICA INC. Y CERTIFICADO ISO 13485 NO. 45014 VIGENTE AL 09 DE JULIO DE 2024 EXPEDIDO POR NQA. CERTIFICATION LIMITED
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
7. Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	7. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 8
8. Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	8. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 8
9. En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	9.EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 9

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

NOMBRE DE EQUIPO	AGITADOR DE PLACAS
MARCA	KITLAB
MODELO	RK-23
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE , DIARIO OFICIAL RENGLON 78
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485:2016 No. USA21Q45398R1M, EXPEDIDO POR BSCIC CERTIFICATIONS PRIVATED LIMITED VIGENTE AL 10-enero -2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1. Agitador de placas.	1. AGITADOR DE PLACAS. FOLLETO ROTOR DE PLACAS RK-23 PAGINA 1
2. Velocidad de 0 a 240 rpm.	2. VELOCIDAD DE O A 240 RPM. FOLLETO ROTOR DE PLACAS RK-23 PAGINA 1
3. Control de tiempo de 0 a 30 minutos.	3. CONTROL DE TIEMPO DE O A 30 MINUTOS. FOLLETO ROTOR DE PLACAS RK-23 PAGINA 1
4. Operación continua o intermitente (timer).	4. OPERACIÓN CONTINUA O INTERMITENTE (TIMER). FOLLETO ROTOR DE PLACAS RK-23 PAGINA 1
5. Control analógico de velocidad y tiempo.	5. CONTROL ANALÓGICO DE VELOCIDAD Y TIEMPO. FOLLETO ROTOR DE PLACAS RK-23 PAGINA 1
6. Switch de encendido/apagado.	6. SWITCH DE ENCENDIDO/APAGADO. FOLLETO ROTOR DE PLACAS RK-23 PAGINA 1
7. Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	7. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 7
8. Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	8. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO.VER CARTA COMPROMISO PUNTO 8
9. En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	9.EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 9

282

30 JUN 2026

IMSS-BIE

285

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DE EQUIPO	AGITADOR PARA TUBOS
MARCA	KITLAB
MODELO	BM-15
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO, DOF VIGENTE RENGLONES 1218 y 1219
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485:2016 No. USA21Q45398R1M, EXPEDIDO POR BSCIC CERTIFICATIONS PRIVATED LIMITED VIGENTE AL 10-enero -2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1.- Agitador o mezclador de tubos tipo cama	1. AGITADOR O MEZCLADOR DE TUBOS TIPO CAMA. FOLLETO KITLAB MEZCLADOR DE TUBOS BM-15 PAGINA 1
2.- Velocidad de operación de 24 rpm.	2. VELOCIDAD DE OPERACIÓN DE 24 RPM. FOLLETO KITLAB MEZCLADOR DE TUBOS BM-15 PAGINA 1
3.- Sistema con movimiento arriba-abajo o balanceo	3. SISTEMA CON MOVIMIENTO ARRIBA-ABAJO O BALANCEO. FOLLETO KITLAB MEZCLADOR DE TUBOS BM-15 PAGINA 1
4.- Capacidad de 15 tubos.	4. CAPACIDAD DE 15 TUBOS. FOLLETO KITLAB MEZCLADOR DE TUBOS BM-15 PAGINA 1
5.- Base de hule para tubos reversible y totalmente lavable.	S. BASE DE HULE PARA TUBOS REVERSIBLE Y TOTALMENTE LAVABLE. FOLLETO KITLAB MEZCLADOR DE TUBOS BM-15 PAGINA 1
6.- Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	6. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 6

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DE EQUIPO	AGITADOR PARA TUBOS
MARCA	KITLAB
MODELO	BM-15
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO, DOF VIGENTE RENGLONES 1218 y 1219
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485:2016 No. USA21Q45398R1M, EXPEDIDO POR BSCIC CERTIFICATIONS PRIVATED LIMITED VIGENTE AL 10-enero -2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
7.- Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	7.- DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. **VER CARTA COMPROMISO PUNTO 7**
8.- En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	8.EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. **VER CARTA COMPROMISO PUNTO 8**

30 JUN 2026

IMSS-BIENESTAR

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DE EQUIPO	CONGELADOR DE 5 PIES CÚBICOS
MARCA	PHCBI
MODELO	PF-L5181W-PA
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO, DOF VIGENTE RENGLONES 663, 667
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485:2016 No. Q5 003951 003 Rev. 02 EXPEDIDO POR TÜV SÜD Product Serbvice GmbH ,VIGENTE AL 3-JULIO-2027. CERTIFICADO ISO 14001:2015 No. EC97J1224 EXPEDIDO por JACO Japan Audit and Certification Organization for enviroment and Quality VIGENTE AL 6 DE FEBRERO DEL 2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1.- Congelador Vertical.	1. CONGELADOR VERTICAL. FOLLETO CONGELADOR PHCBI PF-L5181W-PA PAGINA 1
2.- Capacidad mínima de 5 pies cúbicos.	2. CAPACIDAD MÍNIMA DE 5 PIES CÚBICOS. FOLLETO CONGELADOR PHCBI PF-L5181W-PA PAGINA 1
3.- Temperatura interna de -15 a 25°C	3 . TEMPERATURA INTERNA DE -15 A -25°C. FOLLETO CONGELADOR PHCBI PF-L5181W-PA PAGINAS 1 Y 2
4.- Pantalla LED	4. PANTALLA LED. FOLLETO CONGELADOR PHCBI PF-L5181W-PA PAGINA 1
5.- Descongelamiento manual.	5. DESCONGELAMIENTO MANUAL. FOLLETO CONGELADOR PHCBI PF-L5181W-PA PAGINA 2
6.- Alimentación eléctrica 115V/ 60hz	6 . ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA 115V/ 60HZ. FOLLETO CONGELADOR PHCBI PF-L5181W-PA PAGINA 2
7.- Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	7 . GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 7

30 JUN 2026

IMSS-BIE

2026

SESVER/DJ/066/2026

ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DE EQUIPO	CONGELADOR DE 5 PIES CÚBICOS
MARCA	PHCBI
MODELO	PF-L5181W-PA
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO, DOF VIGENTE RENGLONES 663, 667
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	CERTIFICADO ISO 13485:2016 No. Q5 003951 003 Rev. 02 EXPEDIDO POR TÜV SÜD Product Serbvice GmbH ,VIGENTE AL 3-JULIO-2027. CERTIFICADO ISO 14001:2015 No. EC97J1224 EXPEDIDO por JACO Japan Audit and Certification Organization for enviroment and Quality VIGENTE AL 6 DE FEBRERO DEL 2027
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
8.- Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	8.- DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. **VER CARTA COMPROMISO PUNTO 8**
9.- En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	9 . EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. **VER CARTA COMPROMISO PUNTO 9**

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

MSS-BC

NOMBRE DE EQUIPO	AGITADOR DE TUBOS TIPO VORTEX
MARCA	KITLAB
MODELO	VM-3
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA	NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO. **DIARIO OFICIAL VIGENTE RENGLON 77**
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA	**CERTIFICADO ISO 13485:2016 No. USA21Q45398R1M, EXPEDIDO POR BSCIC CERTIFICATIONS PRIVATED LIMITED VIGENTE AL 10-enero -2028**
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS	**CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)**
1.- Agitador tipo vortex para un tubo	1. AGITADOR TIPO VORTEX PARA UN TUBO. **FOLLETO AGITADOR VORTEX VM-3 PAGINA 1**
2.- Con copa de goma o neopreno o silicón.	2. CON COPA DE GOMA O NEOPRENO O SILICÓN. **FOLLETO AGITADOR VORTEX VM-3 PAGINA 1**
3.- Control de velocidad y botón de arranque.	3. CONTROL DE VELOCIDAD Y BOTÓN DE ARRANQUE. **FOLLETO AGITADOR VORTEX VM-3 PAGINA 1 Y MANUAL DE OPERACIÓN AGITADOR VORTEX VM-3 PAGINA 2**
4.- Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	4. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. **VER CARTA COMPROMISO PUNTO 6**
5.- Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	5.- DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. **VER CARTA COMPROMISO PUNTO 5**
6.- En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	6. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. **VER CARTA COMPROMISO PUNTO 6**

30 JUN 2026
IMSS-BIE
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		COMPUTADORA DE ESCRITORIO BAJO RENDIMIENTO
MARCA		HP
MODELO		HP 280 G5
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 657
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		NO APLICA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Factor de forma pequeño.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
2. _	Procesador Intel Core i5 – 6600 (Quad Core 3.3GHz, 3.6GHz Turbo, 6MB, w/HD Gráficos 530).	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
3. _	Sistema operativo Windows 10 profesional de 64 bits o superior.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
4. _	Paquetería Office versión actual, con licencia original.	PÁGINA 1 FOLLETO PC_ESCRITORIO
5. _	UDIMM de 4 GB (1 x 4 GB) de memoria DDR4 a 2400MHz o superior.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
6. _	Almacenamiento Disco Duro-SATA de 2.5", 7 mm, 1 TB 7200 rpm.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
7. _	Unidad óptica delgada 8x (DVD+-R/RW).	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
8. _	Compartimientos: (1) compartimiento interno de 3.5"; admite (1) unidad de 3.5" o (2) unidades de 2.5"; (1) compartimiento óptico delgado externo.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
9. _	Ranuras de expansión:	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
10. _	PCIe x16 Gen 3 de altura media	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
11. _	PCIe x4 Gen 3 de altura media	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
12. _	M.2 (22x80 mm)	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
13. _	Red Ethernet RJ45	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
14. _	Tarjeta de Video NVIDIA QUADRO P400 2GB mDP.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
15. _	Puertos:	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
16. _	Puertos USB 2.0	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
17. _	Puertos USB 3.0	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
18. _	Ficha de audio universal	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
19. _	Lector de tarjeta SD interno (opcional)	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
20. _	SATA de 6 Gb/s	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
21. _	PS2	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO

30 JUN 2026
IMSS-BIE
2026

SESVER/D.J/066/2026
ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		COMPUTADORA DE ESCRITORIO BAJO RENDIMIENTO
MARCA		HP
MODELO		HP 280 G5
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 657
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		NO APLICA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
22. _	DisplayPort	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
23. _	HDMI	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
24. _	Conector de red RJ45	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
25. _	Serial	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
26. _	Salida de línea de audio	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
27. _	Conector VGA (opcional)	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
28. _	Monitor de mínimo 22 pulgadas LED.	FOLLETO MONITOR
29. _	Mouse y Teclado en español USB, ambos de la misma marca del CPU.	PÁGINA 1 FOLLETO PC_ESCRITORIO
30.	Fuente de alimentación de 200 watts con 92 % de eficiencia.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
31. _	Registro sanitario o DOF vigente.	DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 657
32. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	CARTA COMPROMISO COMPUTADORA_BAJO_RENDIMIENTO
33. _	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	CARTA COMPROMISO COMPUTADORA_BAJO_RENDIMIENTO
34. _	En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	CARTA COMPROMISO COMPUTADORA_BAJO_RENDIMIENTO
35. _	Certificado de buenas prácticas de fabricación de COFEPRIS o ISO 9001-2000 vigente (fabricantes nacionales) o TUV, CE, FDA (fabricantes extranjeros).	NO APLICA
36. _	Manuales de operación en español.	CARTA COMPROMISO COMPUTADORA_BAJO_RENDIMIENTO

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

NOMBRE DEL EQUIPO		COMPUTADORA DE ESCRITORIO MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		HP
MODELO		HP 280 G5
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 657
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		NO APLICA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1.	Factor de forma pequeño.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
2.	Procesador Intel Core i7 – 6700 (Quad Core 3.40GHz, 4.0GHz Turbo, 8MB, w/HD Gráficos 530).	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
3.	Sistema operativo Windows 7 profesional de 64 bits o superior.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
4.	Paquetería Office versión actual, con licencia original.	PÁGINA 1 FOLLETO PC_ESCRITORIO
5.	UDIMM de 8 GB (1 x 8 GB) de memoria DDR4 a 2400MHz o superior.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
6.	Almacenamiento Disco Duro SATA de 2.5", 7 mm, 1 TB 7200 rpm.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
7.	Unidad óptica delgada 8x (DVD+-R/RW).	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
8.	Compartimientos: (1) compartimiento interno de 3.5"; admite (1) unidad de 3.5" o (2) unidades de 2.5"; (1) compartimiento óptico delgado externo.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
9.	Ranuras de expansión:	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
10.	PCIe x16 Gen 3 de altura media	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
11.	PCIe x4 Gen 3 de altura media	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
12.	M.2 (22x80 mm)	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
13.	Red Ethernet RJ45	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
14.	Tarjeta de Video NVIDIA QUADRO P400 2GB mDP.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
15.	Puertos:	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO

30 JUN 2026

LMSS—BLE

SESVER/DJ/066/2026

AD

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		COMPUTADORA DE ESCRITORIO MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		HP
MODELO		HP 280 G5
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 657
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		NO APLICA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
16.	Puertos USB 2.0	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
17.	Puertos USB 3.0	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
18.	Ficha de audio universal	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
19.	Lector de tarjeta SD interno (opcional)	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
20.	SATA de 6 Gb/s	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
21.	PS2	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
22.	DisplayPort	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
23.	HDMI	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
24.	Conector de red RJ45	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
25.	Serial	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
26.	Salida de línea de audio	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
27.	Fuente de alimentación:	
28.	PSU con 92% de eficiencia y 240 W (certificación Platinum 80PLUS) cumple con la norma Energy Star. PSU con 85% de eficiencia y 180W (certificación Bronze 80PLUS) cumple con la norma Energy Star.	CARTA COMPROMISO COMPUTADORA_BAJO_RENDIMIENTO
29.	Monitor de mínimo de 22 pulgadas LED.	FOLLETO MONITOR
30.	Mouse y Teclado en español USB, ambos de la misma marca del CPU.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
31.	Fuente de alimentación de 200 watts con 92 % de eficiencia.	PÁGINA 2 FOLLETO PC_ESCRITORIO
32.	Registro sanitario o DOF vigente.	~~DOF: 22/12/2014~~, RENGLÓN 657

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		COMPUTADORA DE ESCRITORIO MEDIANO RENDIMIENTO
MARCA		HP
MODELO		HP 280 G5
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		DOF: 22/12/2014, RENGLÓN 657
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		NO APLICA
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
33._	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	CARTA COMPROMISO COMPUTADORA_BAJO_RENDIMIENTO
34._	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	CARTA COMPROMISO COMPUTADORA_BAJO_RENDIMIENTO
35._	En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	CARTA COMPROMISO COMPUTADORA_BAJO_RENDIMIENTO
36._	Certificado de buenas prácticas de fabricación de COFEPRIS o ISO 9001-2000 vigente (fabricantes nacionales) o TUV, CE, FDA (fabricantes extranjeros).	NO APLICA
37._	Manuales de operación en español.	CARTA COMPROMISO COMPUTADORA_BAJO_RENDIMIENTO

30 JUN 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		AUTOCLAVE
MARCA		ECOSHEL
MODELO		CVQ-B75L
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO . DIARIO OFICIAL VIGENTE RENGLON 180
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 9001:2015 NO. 210045 VIGENTE AL 29 DE JULIO DE 2025 EXPEDIDO POR BUREAU VERITAS CERTIFICATION NORTH AMERICA INC. Y CERTIFICADO ISO 13485:2016 NO. 45014 VIGENTE AL 09 DE JULIO DE 2025 EXPEDIDO POR NQA. CERTIFICATION LIMITED
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Autoclave vertical capacidad mínima de 75L	1. AUTOCLAVE VERTICAL CAPACIDAD MÍNIMA DE 75L. FOLLETO AUTOCLAVES VERTICALES ECOSHEL PAGINA 1
2. _	Temperatura máxima de trabajo de 134°C	2. TEMPERATURA MÁXIMA DE TRABAJO DE 134°C. FOLLETO AUTOCLAVES VERTICALES ECOSHEL PAGINA 1
3. _	Panel de control con teclas suaves y fáciles de usar	3. PANEL DE CONTROL CON TECLAS SUAVES Y FÁCILES DE USAR. FOLLETO AUTOCLAVES VERTICALES ECOSHEL PAGINA 2
4. _	Intervalo de tiempo de 0-99 minutos	4. INTERVALO DE TIEMPO DE 0-99 MINUTOS. FOLLETO AUTOCLAVES VERTICALES ECOSHEL PAGINA 1
5. _	Con función de liberación de aire de enfriamiento, temporizador y alarma.	5. CON FUNCIÓN DE LIBERACIÓN DE AIRE DE ENFRIAMIENTO, TEMPORIZADOR Y ALARMA. FOLLETO AUTOCLAVES VERTICALES ECOSHEL PAGINA 2
6. _	Cuente con protección contra sobrecalentamiento, exceso de presión y falta de agua	6. CUENTE CON PROTECCIÓN CONTRA SOBRECALENTAMIENTO, EXCESO DE PRESIÓN Y FALTA DE AGUA. FOLLETO AUTOCLAVES VERTICALES ECOSHEL PAGINA 2
7. _	Válvula de seguridad	7. VÁLVULA DE SEGURIDAD. FOLLETO AUTOCLAVES VERTICALES ECOSHEL PAGINA 2
8. _	Llave de descarga de agua	8. LLAVE DE DESCARGA DE AGUA. FOLLETO AUTOCLAVES VERTICALES ECOSHEL PAGINA 2

30 JUN 2026
1455-B11
2026

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

POR AMOR A VERACRUZ

NOMBRE DEL EQUIPO		AUTOCLAVE
MARCA		ECOSHEL
MODELO		CVQ-B75L
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO . DIARIO OFICIAL VIGENTE RENGLON 180
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 9001:2015 NO. 210045 VIGENTE AL 29 DE JULIO DE 2025 EXPEDIDO POR BUREAU VERITAS CERTIFICATION NORTH AMERICA INC. Y CERTIFICADO ISO 13485:2016 NO. 45014 VIGENTE AL 09 DE JULIO DE 2025 EXPEDIDO POR NQA. CERTIFICATION LIMITED
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
9. _	Alimentación 110V, 60hz +/-10%	9. ALIMENTACIÓN 110V, 60HZ +/-10%. FOLLETO AUTOCLAVES VERTICALES ECOSHEL PAGINA 1
10. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	10. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 10
11. _	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 11
12. _	En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	12. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 12

30 JUN 2025 IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/066/2026 ADQ

NOMBRE DEL EQUIPO		ESTUFA DE CULTIVO
MARCA		KITLAB
MODELO		EK-36
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO. DIARIO OFICIAL VIGENTE RENGLON 1034
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485:2016 No. USA21Q45398R1M, EXPEDIDO POR BSCIC CERTIFICATIONS PRIVATED LIMITED VIGENTE AL 10-enero -2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Estufa de incubación	1. ESTUFA DE INCUBACIÓN. MANUAL DEL USUARIO ESTUFA DE INCUBACION EK-36 PAGINA 1
2. _	Rango de temperatura de +5 a 60°C +/-10%.	2. RANGO DE TEMPERATURA DE +5 A 60°C +/-10%. MANUAL DEL USUARIO ESTUFA DE INCUBACION PAGINA 3
3. _	Cámara interna de acero inoxidable.	3. CÁMARA INTERNA DE ACERO INOXIDABLE. MANUAL DEL USUARIO ESTUFA DE INCUBACION EK-36 PAGINA 4
4. _	Dimensiones aproximadas de cámara interna 35x35x35cm	4. DIMENSIONES APROXIMADAS DE CÁMARA INTERNA 35X35X35CM. MANUAL DEL USUARIO ESTUFA DE INCUBACION EK-36 PAGINA 4
5. _	Dos puertas. La puerta interior de vidrio templado.	5. DOS PUERTAS. LA PUERTA INTERIOR DE VIDRIO TEMPLADO. MANUAL DEL USUARIO ESTUFA DE INCUBACION EK-36 PAGINA 3
6. _	Control de temperatura digital.	6. CONTROL DE TEMPERATURA DIGITAL. MANUAL DEL USUARIO ESTUFA DE INCUBACION EK-36 PAGINA 3
7. _	Estabilidad de temperatura +/- 0.5°C.	7. ESTABILIDAD DE TEMPERATURA+/- 0.5°C. MANUAL DEL USUARIO ESTUFA DE INCUBACION EK-36 PAGINA 3
8. _	Humedad relativa ≤50% RH.	8. HUMEDAD RELATIVA ~50% RH. MANUAL DEL USUARIO ESTUFA DE INCUBACION EK-36 PAGINA 4
9. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	9. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPOMISO PUNTO 9

30 JUN 2026

IMSS-BIE

2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		ESTUFA DE CULTIVO
MARCA		KITLAB
MODELO		EK-36
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO. DIARIO OFICIAL VIGENTE RENGLON 1034
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485:2016 No. USA21Q45398R1M, EXPEDIDO POR BSCIC CERTIFICATIONS PRIVATED LIMITED VIGENTE AL 10-enero -2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
10. _	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	10. DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. **VER CARTA COMPROMISO PUNTO 10**
11. _	En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	12. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA.. **VER CARTA COMPOMISO PUNTO 12**

30 JUN 2026

IMSS-BIE 2026

SESVER/DJ/066/2026

Soconusco No. 31, Col. Aguacatal, C.P. 91130, Xalapa, Veracruz Tel. (228) 842-3000 Ext. 3492 www.ssaver.gob.mx

NOMBRE DEL EQUIPO		CONTADOR DE CÉLULAS
MARCA		KITLAB
MODELO		DC23
NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO Y VIGENCIA		NO REQUIERE REGISTRO SANITARIO. DIARIO OFICIAL RENGLON 579
CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE FABRICACIÓN Y/O CALIDAD: INSTITUCIÓN QUE LA EXPIDE, NÚMERO Y VIGENCIA		CERTIFICADO ISO 13485:2016 No. USA21Q45398R1M, EXPEDIDO POR BSCIC CERTIFICATIONS PRIVATED LIMITED VIGENTE AL 10-enero -2028
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SOLICITADAS		CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS PROPOSICIONES (CON PUNTOS REFERENCIADOS EN CATÁLOGOS, FOLLETOS, ETC.)
1. _	Contador electrónico de ocho teclas.	1. CONTADOR ELECTRÓNICO DE OCHO TECLAS. MANUAL DE USUARIO CONTADOR DE CELULAS DC23 PAGINA 1
2. _	Ventana de cantidad total.	2. VENTANA DE CANTIDAD TOTAL. MANUAL DE USUARIO CONTADOR DE CELULAS DC23 PAGINA 2
3. _	Con imágenes de células para su correcta identificación.	3. CON IMÁGENES DE CÉLULAS PARA SU CORRECTA IDENTIFICACIÓN. MANUAL DE USUARIO CONTADOR DE CELULAS DC23 PAGINA 2
4. _	Botones de porcentaje y reinicio	4. BOTONES DE PORCENTAJE Y REINICIO. MANUAL DE USUARIO CONTADOR DE CELULAS DC23 PAGINA 2
5. _	Capacidad de conteo de 0 – 999.	5. CAPACIDAD DE CONTEO DE 0 - 999. MANUAL DE USUARIO CONTADOR DE CELULAS DC23 PAGINA 2 Y EVIDENCIA FOTOGRAFICA PAGINA 1
6. _	Garantía durante el plazo de ejecución del suministro.	6. GARANTÍA DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 6
7. _	Deberá realizarse un mantenimiento preventivo y/o correctivo, necesarios para el correcto funcionamiento durante el plazo de ejecución del suministro, incluyendo kits y refacciones originales y nuevas en cada servicio, compatibles con la marca, modelo y tecnología ofertada, podrá realizarse por personal capacitado por el fabricante y/o titular del registro sanitario y/o empresa contratada. deberá otorgar a la unidad médica copia de la orden de servicio realizado (por cada mantenimiento realizado durante el periodo de contratación) y anexando documentación y/o constancia que respalde la especialización del personal que dará dichos mantenimientos de acuerdo al equipo ofertado.	DEBERÁ REALIZARSE UN MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO, NECESARIOS PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SUMINISTRO, INCLUYENDO KITS Y REFACCIONES ORIGINALES Y NUEVAS EN CADA SERVICIO, COMPATIBLES CON LA MARCA, MODELO Y TECNOLOGÍA OFERTADA, PODRÁ REALIZARSE POR PERSONAL CAPACITADO POR EL FABRICANTE Y/O TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO Y/O EMPRESA CONTRATADA. DEBERÁ OTORGAR A LA UNIDAD MÉDICA COPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO REALIZADO (POR CADA MANTENIMIENTO REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE CONTRATACIÓN) Y ANEXANDO DOCUMENTACIÓN Y/O CONSTANCIA QUE RESPALDE LA ESPECIALIZACIÓN DEL PERSONAL QUE DARÁ DICHOS MANTENIMIENTOS DE ACUERDO AL EQUIPO OFERTADO. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 7
8. _	En caso de sustitución del equipo por uno mayor tecnología, se requiere la instalación, capacitación y puesta en marcha.	8. EN CASO DE SUSTITUCIÓN DEL EQUIPO POR UNO MAYOR TECNOLOGÍA, SE REQUIERE LA INSTALACIÓN, CAPACITACIÓN Y PUESTA EN MARCHA. VER CARTA COMPROMISO PUNTO 8

30 JUN 2026
1155-BIS
2026

SESVER/DJ/066/2026
AD

SESVER/DA/C-002/2026
ANEXO 7
SUMINISTRO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO
DIRECTORIO

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

NUMERO	CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	NOMBRE JURISDICCIÓN	NOMBRE MUNICIPIO	NOMBRE LOCALIDAD	DOMICILIO	CLAVE LADA	NUMERO DE TELEFONO LOCAL
1	VZSSA004100	HOSPITAL GENERAL PANUCO DR. MANUEL I ÁVILA	01 - PÁNUCO	123 - PÁNUCO	0001 - PÁNUCO	JUAN DE LA LUZ ENRIQUEZ NO. EXT. 19 COL. NO TIENE C.P. (93990)	846	2090655
2	VZSSA004085	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD OZULUAMA DE MASCAREÑAS	01 - PÁNUCO	121 - OZULUAMA DE MASCAREÑAS	0001 - OZULUAMA DE MASCAREÑAS	LAUREL NO. NO TIENE. COL. EL CINCO C.P. (92092)	846	2570024
3	VZSSA005080	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEMPOAL	01 - PÁNUCO	161 - TEMPOAL	0001 - TEMPOAL DE SÁNCHEZ	EDUARDO MARTINEZ NO. EXT. 12, COL. LA COVACHA C.P. (92065)	789	8948832
4	VZSSA005560	HOSPITAL GENERAL TANTOYUCA	01 - PÁNUCO	155 - TANTOYUCA	0001 - TANTOYUCA	CAMINO LINDERO TEMATATE NO. EXT. NO TIENE, COL. LA MORITA C.P. (92101)	789	893 25 85
5	VZSSA015545	UNEME DE PLATON SÁNCHEZ	2 - PÁNUCO	126 - PLATÓN SÁNCHEZ	0001 - PLATÓN SÁNCHEZ	FINCA MARGARITA COSTA ARRIBA O CARPINTERAS DE LA FRACCION QUINTA D NO. EXT. LOTE 1, COL. NO TIENE C.P. (92140)	789	8950700
6	VZSSA007742	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE CERRO AZUL	02 - TUXPAN	034 - CERRO AZUL	0001 - CERRO AZUL	HÉROES DE NACOZARI Y BOULEVARD ABUNDIO JUÁREZ NO. EXT. 3, COL. DEPORTIVA C.P. (92511)	785	8524072
7	VZSSA018035	HOSPITAL GENERAL ÁLAMO	02 - TUXPAN	160 - ÁLAMO TEMAPACHE	0001 - ÁLAMO	CARRETERA FEDERAL TIHUATLAN-ÁLAMO NO. EXT. NO TIENE, COL. EJIDO ESTERO DEL IDOLO II C.P. (92730)	766	8440426
8	VZSSA006815	HOSPITAL GENERAL TUXPAN DR. EMILIO ALCAZAR	02 - TUXPAN	180 - TUXPAN	0001 - TUXPAM DE RODRIGUEZ CANO	ÁLVARO OBREGON NO. EXT. 13, COL. CENTRO C.P. (92800)	783	834 35 88
9	VZSSA000416	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD NARANJOS	02 - TUXPAN	012 - NARANJOS AMATLÁN	0001 - NARANJOS	ZARAGOZA Y BENITO JUÁREZ NO. EXT. NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (92340)	768	8550214
10	VZSSA005808	CENTRO DE SALUD ÁLAMO	02 - TUXPAN	160 - ÁLAMO TEMAPACHE	0001 - ÁLAMO	ÁLVARO OBREGON Y VENUSTIANO CARRANZA NO. EXT., COL. C.P. (92730)	765	78444902
11	VZSSA007725	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ENTABLADERO	03 - POZA RICA	095 - ESPINAL	0008 - ENTABLADERO	CARRETERA CHOTE-COYUTA NO. EXT. NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (93197)	784	8528444
12	VZSSA004370	HOSPITAL GENERAL PAPANTLA DR. JOSÉ BULL BELENGUER	03 - POZA RICA	124 - PAPANTLA	0001 - PAPANTLA DE OLARTE	AVENIDA FRANCISCO I. MADERO NO. EXT. 618, COL. CENTRO C.P. (93400)	784	8420094
13	VZSSA002434	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE HUAYACOCOTLA	03 - POZA RICA	072 - HUAYACOCOTLA	0001 - HUAYACOCOTLA	LÁZARO CÁRDENAS NO. EXT. 3, COL. NO TIENE C.P. (92900)	774	7560309
14	VZSSA004744	HOSPITAL REGIONAL POZA RICA DE HIDALGO	03 - POZA RICA	131 - POZA RICA DE HIDALGO	0001 - POZA RICA DE HIDALGO	DE LAS FLORES NO. EXT. NO TIENE, COL. LAS VEGAS C.P. (93216)	782	823 86 15
15	VZSSA007713	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE LLANO DE EN MEDIO	03 - POZA RICA	083 - IXHUATLÁN DE MADERO	0037 - LLANO ENMEDIO	CARRETERA ÁLAMO-IXHUATLAN DE MADERO NO. EXT. NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (92887)	746	1004115
16	VZSSA008716	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAPACOYAN	04 - MARTÍNEZ DE LA TORRE	183 - TLAPACOYAN	0001 - TLAPACOYAN	AQUILES SERDAN ESQUINA ROJANO NO. EXT. NO TIENE, COL. CENTRO C.P. (93650)	225	3151919
17	VZSSA002306	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE GUTIÉRREZ ZAMORA	04 - MARTÍNEZ DE LA TORRE	089 - GUTIÉRREZ ZAMORA	0001 - GUTIÉRREZ ZAMORA	DE LA CRUZ NO. EXT. 15, COL. PROVIDENCIA C.P. (93557)	766	845 00 52
18	VZSSA003361	HOSPITAL GENERAL MARTINEZ DE LA TORRE	04 - MARTÍNEZ DE LA TORRE	182 - MARTÍNEZ DE LA TORRE	0001 - MARTÍNEZ DE LA TORRE	CARRETERA FEDERAL TLAPACOYAN-NAUTLA KM. 55 NO. EXT. NO TIENE, COL. LAS PALMAS C.P. (93600)	232	373 04 55
19	VZSSA003740	HOSPITAL GENERAL DE MISANTLA	04 - MARTÍNEZ DE LA TORRE	109 - MISANTLA	0001 - MISANTLA	FRAMBOYANES ESQUINA TABACHINES NO. EXT. NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (93821)	235	3233461
20	SIN CLUES	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NAUTLA DR. GERARDO DIAZ MORALES	04 - MARTÍNEZ DE LA TORRE	114 - NAUTLA	0001 - NAUTLA	AV. LOS ÁNGELES S/N, ESQUINA CALLE ADOLFO RUIS CORTINEZ, LOCALIDAD NAUTLA	S/N	S/N
21	VZSSA001121	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD COATEPEC	05 - XALAPA	038 - COATEPEC	0001 - COATEPEC	NICOLÁS BRAVO ESQUINA HIDALGO NO. EXT. NO TIENE, COL. COLONIA CENTRO C.P. (91500)	228	8160087
22	VZSSA009045	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEOCELO	05 - XALAPA	164 - TEOCELO	0001 - TEOCELO	COVARRUBIAS NO. EXT. 2, COL. CENTRO C.P. (91615)	228	8210018
23	VZSSA008775	HOSPITAL GENERAL PEROTE VERACRUZ	05 - XALAPA	128 - PEROTE	0001 - PEROTE	PENSAMIENTO NO. 28, COL. JARDINES DE SAN CARLOS, C.P. (91273)	282	6880030
24	VZSSA015981	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE NACLINCO	05 - XALAPA	112 - NAOLINCO	0001 - NAOLINCO DE VICTORIA	BOULEVARD VERACRUZ CARRETERA NAOLINCO- MIAHUATLAN NO. EXT NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (91400)	279	841 50 23
25	VZSSA002953	CENTRO ESTATAL DE CANCEROLOGIA DR. MIGUEL DORANTES MESA	05 - XALAPA	087 - XALAPA	0001 - XALAPA-ENRIQUEZ	AGUASCALIENTES NO. EXT. 100, COL. PROGRESO MACUILTEPETL C.P. (91130)	228	8433500
26	VZSSA002985	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD DR. RAFAEL LUCIO	05 - XALAPA	087 - XALAPA	0001 - XALAPA-ENRIQUEZ	AVENIDA RUIZ CORTINES NO. EXT. 2903, COL. COL. UNIDAD MAGISTERIAL C.P. (91020)	228	8144500
27	VZSSA002670	HOSPITAL REGIONAL DE XALAPA DR. LUIS F. NACHON	05 - XALAPA	087 - XALAPA	0001 - XALAPA-ENRIQUEZ	PEDRO RENDON NO. EXT. 1 NO. INT. , ENTRE CALLE ALONSO GUIDO Y CALLE NICOLAS BRAVO, COL. CENTRO C.P. (91000)	228	8188000
28	VZSSA003035	CENTRO DE SALUD XALAPA-ENRÍQUEZ DR. GASTON MELO	05 - XALAPA	087 - XALAPA	0001 - XALAPA-ENRIQUEZ	DIEGO LEÑO NO. EXT. 2-035, COL. CENTRO C.P. (91000)	228	8173341
29	VZSSA000310	HOSPITAL GENERAL ALTOTONGA EUFROSINA CAMACHO	05 - XALAPA	010 - ALTOTONGA	0001 - ALTOTONGA	JUAN DE LA LUZ ENRIQUEZ NO. EXT. 14, COL. CENTRO C.P. (93700)	226	316 10 85
30	VZSSA019052	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION DE ALTO LUCERO DE GUTIÉRREZ BARRIOS, VER.	05 - XALAPA	009 - ALTO LUCERO DE GUTIÉRREZ BARRIOS	0001 - ALTO LUCERO	FRAY PEDRO DE GANTE NO. EXT. 1, COL. CENTRO C.P. (91400)	279	827 05 08
31	VZSSA001355	HOSPITAL GENERAL CORDOBA YANGA	06 - CÓRDOBA	044 - CÓRDOBA	0001 - CÓRDOBA	KM. 341.5 CARRETERA A VERACRUZ NO. EXT. NO TIENE, COL. INDUSTRIAL C.P. (94690)	271	717 72 17
32	VZSSA002350	HOSPITAL GENERAL HUATUSCO DR. DARIO MENDEZ LIMA	06 - CÓRDOBA	071 - HUATUSCO	0001 - HUATUSCO DE CHICUELLAR	AVENIDA 2 PONIENTE ESQUINA CALLE 6 NO. EXT. 807, COL. CENTRO C.P. (94100)	273	7340196
33	VZSSA007701	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TEZONAPA	06 - CÓRDOBA	173 - TEZONAPA	0001 - TEZONAPA	CARRETERA CORDOBA-TEZONAPA KM. 55 NO. EXT. NO TIENE, COL. RAYON C.P. (95096)	276	7361247
34	VZSSA001372	CENTRO DE SALUD CÓRDOBA	06 - CÓRDOBA	044 - CÓRDOBA	0001 - CÓRDOBA	21 ENTRE AVENIDA 11 Y 9 NO. EXT. 913, COL. JARDIN C.P. (94640)	271	7121115
35	VZSSA004860	HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO	07 - ORIZABA	108 - RÍO BLANCO	0001 - RÍO BLANCO	ENTRONQUE AUTOPISTA ORIZABA-PUEBLA KM. 2 NO. EXT. NO TIENE, COL. REFORMA C.P. (94735)	272	7252703
36	VZSSA007696	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE TLAQUILPAN VISTA HERMOSA	07 - ORIZABA	184 - TLAQUILPA	0026 - VISTA HERMOSA	CARRETERA TEHUIPANGO-VISTA HERMOSA NO. EXT. NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (94890)	271	7148057
37	SIN CLUES	HOSPITAL DE SALUD MENTAL ORIZABA DR.VICTOR M. CONCHA VÁSQUEZ	07 - ORIZABA	07 - ORIZABA	07 - ORIZABA	SIN DOMICILIO	S/N	S/N
38	VZSSA004056	CENTRO DE SALUD ORIZABA	07 - ORIZABA	07 - ORIZABA	07 - ORIZABA	AVENIDA COLÓN ORIENTE NO. EXT. 1231, COL. NO TIENE C.P. (94300)	272	7243996
39	VZSSZ016076	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS SOLEDAD ATZOMPA	07 - ORIZABA	147 - SOLEDAD ATZOMPA	0001 - SOLEDAD ATZOMPA	ZACATLAN, BARRIO TEPEPEXCO S/N	272	7282600
40	VZSSA008972	HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ	08 - VERACRUZ	193 - VERACRUZ	0001 - VERACRUZ	20 DE NOVIEMBRE NO. EXT. 1074 , COL. COL. ZARAGOZA C.P. (91700)	229	955 12 28
41	VZSSA007730	HOSPITAL GENERAL DE TARIMOYA (VERACRUZ)	08 - VERACRUZ	193 - VERACRUZ	0001 - VERACRUZ	AVENIDA DEL ARBOL ENTRE SABINO Y NADAXTLE NO. EXT. NO TIENE, COL. RESERVA TARIMOYA 2 C.P. (91855)	229	9860569
42	VZSSA010212	HOSPITAL GENERAL DE BOCA DEL RIO	08 - VERACRUZ	028 - BOCA DEL RÍO	0001 - BOCA DEL RÍO	CALLE AQUILES SERDAN NO. EXT. NO TIENE, COL. COL. RICARDO FLORES MAGON C.P. (94290)	229	9234630
43	VZSSA007690	HOSPITAL GENERAL DE CARDEL	08 - VERACRUZ	018 - LA ANTIGUA	0001 - JOSÉ CARDEL	ALBINO BAEZ NO. EXT. 53, COL. NO TIENE C.P. (91680)	296	9624140
44	VZSSA007754	HOSPITAL GENERAL TLALIXCOYAN	08 - VERACRUZ	161 - TLALIXCOYAN	0001 - TLALIXCOYAN	JOSÉ E. VILLEGAS ESQUINA IGNACIO ALDAMA NO. EXT. NO TIENE, COL. COLONIA CENTRO C.P. (95225)	295	9670669
45	VZSSA000351	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE ALVARADO	08 - VERACRUZ	011 - ALVARADO	0001 - ALVARADO	VENUSTIANO CARRANZA NO. EXT. 5, COL. CENTRO C.P. (95270)	797	973 38 73
46	VZSSA008952	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS SOLEDAD DE DOBLADO	08 - VERACRUZ	148 - SOLEDAD DE DOBLADO	0001 - SOLEDAD DE DOBLADO	FRANCISCO JAVIER MINA S/N COL. LOS PINOS, C.P. 94240	229	213 8060
47	VZSSA001584	HOSPITAL GENERAL COSAMALOAPAN DR. VICTOR MANUEL PITALUA GONZALEZ	09 - COSAMALOAPAN	045 - COSAMALOAPAN DE CARPIO	0001 - COSAMALOAPAN	NICOLAS BRAVO NO. EXT. 308, COL. NO TIENE C.P. (95400)	288	8821155
48	VZSSA015481	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE JOSÉ AZUETA	09 - COSAMALOAPAN	199 - JOSÉ AZUETA	0001 - VILLA AZUETA	AVENIDA CUAHUTEMOC ESQUINA CORREDOR COBAEV NO. EXT. NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (95592)	283	8750867
49	VZSSA004874	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD PLAYA VICENTE	09 - COSAMALOAPAN	130 - PLAYA VICENTE	0001 - PLAYA VICENTE	MELCHOR OCAMPO NO. EXT. 700, COL. NO TIENE C.P. (95800)	283	8710029
50	VZSSA006578	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD TLACOTALPAN	09 - COSAMALOAPAN	178 - TLACOTALPAN	0001 - TLACOTALPAN	VENUSTIANO CARRANZA ESQUINA GENERAL ANAYA NO. EXT. NO TIENE, COL. CENTRO C.P. (95461)	288	8843035
51	VZSSA006913	HOSPITAL GENERAL DE TIERRA BLANCA DR. LUIS GARCIA CORONA	09 - COSAMALOAPAN	174 - TIERRA BLANCA	0001 - TIERRA BLANCA	JULIO MARTINEZ NO. EXT. S/N NUMERO, COL. NO TIENE C.P. (95100)	274	7430877

SESVER/DJ/066/2026 ADO

30 JUN 2026
1055-DIF
2026

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ 2024 - 2030 | SS | SESVER

NUMERO	CLUES	NOMBRE DE LA UNIDAD	NOMBRE JURISDICCIÓN	NOMBRE MUNICIPIO	NOMBRE LOCALIDAD	DOMICILIO	CLAVE LADA	NUMERO DE TELEFONO LOCAL
52	VZSSA015411	HOSPITAL GENERAL ISLA	09 - COSAMALOAPAN	077 - ISLA	0001 - ISLA	CARRETERA SANTIAGO TUXTLA-ISLA PROLONGACIÓN RAUL SANDOVAL NO. EXT. NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (95841)	283	874 32 08
53	VZSSA000076	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD CATEMACO	10 - SAN ANDRÉS TUXTLA	032 - CATEMACO	0001 - CATEMACO	CARRETERA A SONTECOMAPAN NO. EXT. NO TIENE, COL. LINDA VISTA C.P. (95870)	294	943 18 39
54	VZSSA005106	HOSPITAL GENERAL DE SANTIAGO TUXTLA	10 - SAN ANDRÉS TUXTLA	143 - SANTIAGO TUXTLA	0001 - SANTIAGO TUXTLA	CARRETERA SANTIAGO-ISLA KM. 1.5 NO. EXT. NO TIENE, COL. RANCHO CRUSTITA C.P. (95836)	294	9470669
55	VZSSA004913	HOSPITAL GENERAL SAN ANDRÉS TUXTLA, DR. BERNARDO PEÑA	10 - SAN ANDRÉS TUXTLA	141 - SAN ANDRÉS TUXTLA	0001 - SAN ANDRÉS TUXTLA	JUAN DE LA BARRERA NO. EXT. 54, COL. BELÉN GRANDE C.P. (95700)	294	9420447
56	VZSSA003103	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD SUCHILAPAN DEL RÍO, CARMEN BOUZAS DE LÓPEZ ARIAS	10 - SAN ANDRÉS TUXTLA	091 - JESÚS CARRANZA	0053 - SUCHILAPAN DEL RÍO	ZARAGOZA ESQUINA REFORMA NO. EXT. NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (96970)	924	2441033
57	VZSSA007882	HOSPITAL GENERAL DE OLUTA-ACAYUCAN	10 - SAN ANDRÉS TUXTLA	118 - OLUTA	0001 - OLUTA	CARRETERA ACAYUCAN-OLUTA KM. 1.10 NO. EXT. NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (96180)	924	245 64 69
58	VZSSA015871	HOSPITAL GENERAL COSOLEACAQUE	11 - COATZACOALCOS	048 - COSOLEACAQUE	0001 - COSOLEACAQUE	FERNANDO LÓPEZ ARIAS NO. EXT. SIN NUMERO, COL. BARRIO PRIMERO C.P. (96350)	922	2640443
59	VZSSA001150	HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS DR.VALENTIN GÓMEZ FARIAS	11 - COATZACOALCOS	039 - COATZACOALCOS	0001 - COATZACOALCOS	ZARAGOZA NO. EXT. 80, COL. CENTRO C.P. (96400)	921	2125112
60	VZSSA015435	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DR. PEDRO CORONEL PÉREZ	11 - COATZACOALCOS	061 - LAS CHOAPAS	0001 - LAS CHOAPAS	FRACCIONAMIENTO II NO. EXT. LOTE GENERAL 212-D NO. INT. FRACCIÓN 2, , COL. J. MARIO ROSADO MORALES C.P. (96960)	923	2372683
61	VZSSA007884	HOSPITAL COMUNITARIO DE TONALAPAN	11 - COATZACOALCOS	104 - MECAYAPAN	0022 - TONALAPA	CARRETERA A PAJAPAN ESQUINA JUAN DE LA LUZ ENRIQUE NO. EXT. NO TIENE, COL. NO TIENE C.P. (95930)	924	219 41 06
62	VZSSA007573	HOSPITAL DE LA COMUNIDAD LA LAGUNA POBLADO 6	11 - COATZACOALCOS	210 - UXPANAPA	0085 - LA LAGUNA (POBLADO SEIS ALMANZA)	AVENIDA MANANTIALES NO. EXT. NO TIENE NO. INT. , COL. NO TIENE C.P. (96940)	924	2190502
63	VZSSA002666	HOSPITAL COMUNITARIO DE IXHUATLAN DEL SURESTE	11 - COATZACOALCOS	082 - IXHUATLÁN DEL SURESTE	0001 - IXHUATLÁN DEL SURESTE	CARRETERA NANCHITAL NO. EXT. NO TIENE, COL. CENTRO C.P. (96365)	921	2480185
64	VZSSA003505	HOSPITAL GENERAL DE MINATITLAN	11 - COATZACOALCOS	108 - MINATITLÁN	0001 - MINATITLÁN	AVENIDA 16 DE OCTUBRE NO. EXT. 114, COL. SANTA CLARA C.P. (96730)	922	2293772
65	VZSSA015693	CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS TATAHUICAPAN	11 - COATZACOALCOS	209 - TATAHUICAPAN DE JUÁREZ	0001 - TATAHUICAPAN	CARRETERA TATAHUICAPAN- HUAZUNTLÁN S/N, PASANDO LA GASOLINERÍA	921	189 8060
66	VZSSA015695	CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION DE LA LOCALIDAD DE ALLENDE, VER.	11 - COATZACOALCOS	039 - COATZACOALCOS	0021 - ALLENDE	ENTRE FRANCISCO S. Y FRANCISCO I. MADERO NO. EXT. NO TIENE, COL. LIBERTAD C.P. (96280)	921	2132202
67	VZSSA007375	CENTRO DE SALUD AGUA DULCE	11 - COATZACOALCOS	204 - AGUA DULCE	0001 - AGUA DULCE	BARBERAN Y COLLAR NO. EXT. 16, COL. NO TIENE C.P. (96660)	923	2330508
68	VZSSA002026	CENTRO DE SALUD LAS CHOAPAS	11 - COATZACOALCOS	061 - LAS CHOAPAS	0001 - LAS CHOAPAS	HIDALGO NO. EXT. 402, COL. CENTRO C.P. (96960)	923	2370009
69	VZSSA001191	CENTRO DE SALUD COATZACOALCOS	11 - COATZACOALCOS	039 - COATZACOALCOS	0001 - COATZACOALCOS	AVENIDA CRISTOBAL COLÓN NO. EXT. 210, COL. CENTRO C.P. (96400)	921	2121555

SESVER/DJ/066/2026
ADQ

30 JUN 2026
IMSS-BIE
2026

FUNDAMENTO LEGAL

1. - ELIMINADA la Clave de Registro Federal de Contribuyen1es (RFC). por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 97 de la Ley 250 LTAIPEV; 2 fracción IV, 10 Y 11 de la Ley 251 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo fracciones I y 11, de los LGCDIEVP

2.- ELIMINADO el Teléfono particular, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 97 de la Ley 250 LTAIPEV; 2 fracción IV, 10 Y 11 de la Ley 251 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo fracciones I y 11, de los LGCDIEVP.

3.- ELIMINADO el correo electrónico, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 97 de la Ley 250 LTAIPEV; 2 fracción IV, 10 Y 11 de la Ley 251 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo fracciones I y 11, de los LGCDIEVP.

4. - ELIMINADA la Clave de Registro Federal de Contribuyen1es (RFC). por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 97 de la Ley 250 LTAIPEV; 2 fracción IV, 10 Y 11 de la Ley 251 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo fracciones I y 11, de los LGCDIEVP

5. - ELIMINADA la Clave de Registro Federal de Contribuyen1es (RFC). por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 97 de la Ley 250 LTAIPEV; 2 fracción IV, 10 Y 11 de la Ley 251 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo fracciones I y 11, de los LGCDIEVP

6- ELIMINADO el Cifrado (número de control óptico) credencial para votar, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 97 de la Ley 250 LTAIPEV; 2 fracción IV, 10 Y 11 de la Ley 251 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo fracciones I y 11, de los LGCDIEVP.

7.- ELIMINADO el Teléfono particular, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 97 de la Ley 250 TAIPEV; 2 fracción IV, 10 Y 11 de la Ley 251 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo fracciones I y 11, de los LGCDIEVP.

8.- ELIMINADO el correo electrónico, por ser un dato identificativo de conformidad Artículos, 97 de la Ley 250 LTAIPEV; 2 fracción IV, 10 Y 11 de la Ley 251 PDPPSOEV y Trigésimo Octavo fracciones I y 11, de los LGCDIEVP.

*"LTAIPEV: Ley 250 de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; PDPPSOEV: Ley 251 de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; LGCDIEVP: Lineamientos Generales en Materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como para la Elaboración de Versiones Públicas."

Realizada con el generador de versiones públicas, desarrollado por el Gobierno Municipal de Guadalajara, en cooperación del Instituto de Transparencia, Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Jalisco y autorizada para uso del Instituto Veracruzano de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.