

RESUMEN GENERAL DE MONTOS

Partida No.	CONCEPTO	CHIHUAHUA "A"	JUÁREZ "B"	DELICIAS "C"	CUAUHTÉMOC "D"	PARRAL "E"	CASAS GRANDES "F"	CAMARGO "G"	JIMENEZ "H"	OJINAGA "I"	GUACHOCHI "J"
1	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RESONANCIAS	\$ 868,787.95	\$ 260,636.39	\$ 260,974.28	\$ 1,527,415.68	\$ 491,975.90	N/A	\$ 84,084.00	N/A	N/A	N/A
2	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL TOMOGRAFIA	\$ 501,237.94	\$ 609,744.59	\$ 94,982.76	\$ 546,426.47	\$ 1,367,347.63	286,699.94	\$ 107,415.00	N/A	N/A	N/A
3	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL USG	\$ 1,143,690.79	\$ 343,107.24	\$ 202,020.87	\$ 1,206,345.38	\$ 883,505.65	699,932.76	\$ 252,436.80	N/A	N/A	N/A
4	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, cardiología	\$ 1,531,244.02	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
5	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RAYOS X	N/A	N/A	N/A	\$ 1,050,645.94	\$ 1,160,095.81	920,825.28	\$ 711,433.80	N/A	N/A	N/A
5.1	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA ODONTOLOGICA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RAYOS X	N/A	N/A	\$ 89,429.92	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
6	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, MASTOGRAMIAS	N/A	N/A	\$ 23,614.58	\$ 565,663.56	\$ 659,497.79	87,748.86	\$ 89,639.55	N/A	N/A	N/A
7	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, DENSITOMETRIA	\$ 992,105.11	\$ 297,631.53	N/A	N/A	\$ 186,437.86	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
8	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, ELECTROENCEFALOGRAFIA	\$ 951,859.48	\$ 285,557.84	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
9	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO DE CARDIOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL	\$ 3,706,366.56	\$ 1,111,909.97	N/A	N/A	\$ 741,273.31	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
10	ELECTROMIOGRAFIAS EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DEL PROVEEDOR	\$ 924,000.00	N/A	N/A	N/A	\$ 43,811.46	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
11	OTORRINOLARINGOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 656,944.43	\$ 185,269.39	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
12	OTORRINOLARINGOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 301,455.00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
13	PATOLOGIA	\$ 1,109,707.42	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
14	BRONCOSCOPIAS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 150,000.00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
15	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 3,803,569.56	\$ 1,576,473.36	\$ 177,408.00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
16	CIRUGIA MAXILOFACIAL EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	N/A	\$ 224,070.00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ENDODONCIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 84,260.31	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
18	PERIODONCIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	N/A	N/A	N/A	N/A	\$ 343,104.30	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
19	MEDICINA NUCLEAR EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 3,053,684.82	\$ 916,105.45	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
20	OFTALMOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 6,054,534.08	\$ 2,361,268.29	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
21	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 2,179,119.93	\$ 653,735.98	\$ 954,718.44	\$ 1,728,071.87	\$ 4,806,057.67	\$ 2,073,686.25	\$ 1,188,469.05	\$ 254,109.68	\$ 254,109.68	254,109.68

Handwritten signature and initials in blue ink.

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
1A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: RESONANCIA	\$ 347,515.18	\$ 868,787.95			
1	ANGIORESONANCIA					
2	COLANGIORESONANCIA					
3	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA					
4	RESONANCIA MAGNETICA 1 REGION					
5	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES					
6	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES					
7	VENORESONANCIA CON TIEMPO DE VUELO					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
9	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE					
TOTAL PARTIDA 1A				\$ -	\$ -	\$ -
2A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA	\$ 200,495.18	\$ 501,237.94			
1	TOMOGRAFIA DE 1 REGION					
2	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES					
3	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES					
4	UROTOMOGRAFIA					
5	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO					
6	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL					
7	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
TOTAL PARTIDA 2A				\$ -	\$ -	\$ -
3A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: ULTRASONOGRAFIA	\$ 457,476.32	\$ 1,143,690.79			
1	USG ENDOVAGINAL					
2	ULTRASONIDO					
3	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO					
4	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO					
TOTAL PARTIDA 3A				\$ -	\$ -	\$ -
4A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: CARDIOLOGIA	\$ 612,497.61	\$ 1,531,244.02			
1	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIA (INTERPRETADO POR RADIOCARDIOLOGO)					
2	ANGIOTOMOGRAFIA CON SCORE DE CALCIO (INTERPRETADO POR RADIOCARDIOLOGO)					
3	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
TOTAL PARTIDA 4A				\$ -	\$ -	\$ -
7A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: DENSITOMETRIA	\$ 396,842.04	\$ 992,105.11			

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
1	ESTUDIO DENSITOMETRICO DE DOS REGIONES					
2	ESTUDIO DENSITOMETRICO DE UNA REGION					
TOTAL PARTIDA 7A				\$ -	\$ -	\$ -
8A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: ELECTROENCEFALOGRAFIA	\$ 380,743.79	\$ 951,859.48			
1	ELECTROENCEFALOGRAMA					
2	ELECTROENCEFALOGRAMA PEDIATRICO					
TOTAL PARTIDA 8A				\$ -	\$ -	\$ -
9A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO DE CARDIOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 1,482,546.62	\$ 3,706,366.56			
1	ECOCARDIOGRAMA TRANS ESOFAGICO					
2	ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO					
3	MONITOREO DE HOLTER					
4	PRUEBA DE ESFUERZO CON MEDICAMENTO (ECOESTRES)					
5	PRUEBA DE ESFUERZO EN BANDA					
6	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL					
7	ECOCARDIOGRAMA					
TOTAL PARTIDA 9A				\$ -	\$ -	\$ -
10A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: ELECTROMIOGRAFÍAS	\$ 369,600.00	\$ 924,000.00			
1	EMG DE DOS EXTREMIDADES					
2	EMG DE DOS EXTREMIDADES CON VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN					
3	EMG DE CUATRO EXTREMIDADES					
4	EMG DE CUATRO EXTREMIDADES CON VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN					
5	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DE DOS EXTREMIDADES					
6	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES DE CUATRO EXTREMIDADES					
7	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS					
8	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES					
TOTAL PARTIDA 10A				\$ -	\$ -	\$ -
11A	AUDIOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 262,777.77	\$ 656,944.43			
1	AUDIOMETRIA TONAL					
2	LOGOAUDIOMETRIA					
3	ESTUDIO OTONEUROLOGICO					
4	TIMPANOMETRIA Ó IMPEDANCIOMETRIA					
5	PRUEBAS VESTIBULARES O CALORICAS					
6	VALORACION PARA ADAPTACION DE APARATOS AUDITIVOS					
TOTAL PARTIDA 11A				\$ -	\$ -	\$ -
12A	OTORRINOLARINGOLOGIA EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 120,582.00	\$ 301,455.00			
1	ENDOSCOPIA RINONASOFARINGEA (LARINGOSCOPIA DIRECTA)					

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
2	LARINGOSCOPIAS CON TOMA DE BIOPSIA					
3	LARINGOSCOPIA INDIRECTA CON NASOFIBROSCOPIO (VIDEOLARINGOSCOPIA, NASOLARINGOSCOPIA O LARINGOSCOPIA FLEXIBLE.)					
4	LARINGOSCOPIA (PARA VALORACION DE MEDICINA DEL TRABAJO CON SOPORTE EN VIDEO, FOTOGRAFIAS, INTERPRETACION)					
TOTAL PARTIDA 12A				\$ -	\$ -	\$ -
13A	PATOLOGIA EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 443,882.97	\$ 1,109,707.42			
1	BIOPSIA CIRUGIA MAYOR					
2	BIOPSIA CIRUGIA MENOR					
3	CITOLOGIA SERIADA					
4	CITOLOGIA SIMPLE					
5	PIEZAS COMPLETAS					
6	TRANSOPERATORIOS					
7	INMUNOHISTOQUIMICA POR ANTICUERPOS					
8	PAQUETE DE IHQ PARA NEOPLASIA INDEFERENCIADA					
9	PAQUETE DE IHQ CLASIFICACION DE LINFOMA					
10	PAQUETE DE IHQ MARCADORES PRONOSTICO DE CA MAMARIO					
11	TRIPIFICACIÓN DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR HIBRIDACIÓN IN SITU CROMOGENICA					
12	HER-2 NEU O VIRUS DE EPSTEIN-BARR POR HIBRIDACIÓN IN SITU					
13	MUTACIÓN DEL GEN RECEPTOR DEL FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉMICO (EGFP)					
14	MUTACION DEL ONCOGEN K-RAS					
15	MUTACION DEL ONCOGEN B-RAF					
16	DETERMINACIÓN DE BACILO TUBERCULOSO PCR EN TIEMPO REAL					
TOTAL PARTIDA 13A				\$ -	\$ -	\$ -
14A	BRONCOSCOPIAS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 60,000.00	\$ 150,000.00			
1	BRONCOSCOPIA ADULTO					
2	BRONCOSCOPIA PEDIATRICO					
3	BRONCOSCOPIA ADULTO CON BIOPSIA					

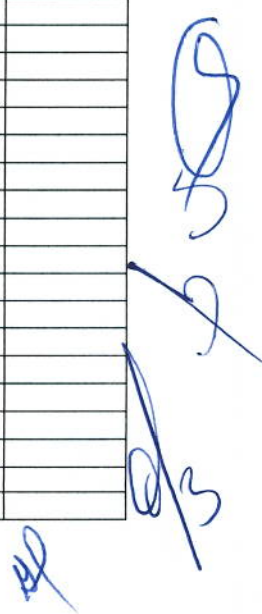
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
4	BRONCOSCOPIA PEDIATRICO CON BIOPSIA					
TOTAL PARTIDA 14A				\$ -	\$ -	\$ -
15A	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 1,521,427.82	\$ 3,803,569.56			
1	COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA					
2	COLONOSCOPIA CON TOMA DE BIOPSIA					
3	COLONOSCOPIA CON RESECCIÓN DE POLIPOS					
4	CPRE					
5	CPRE CON CEPILLADO Y TOMA DE BIOPSIA					
6	CPRE CON COLOCACION DE ENDOPROTESIS (INCLUYE PROTESIS)					
7	ENDOSCOPIA CON DILATACIONES ESOFAGICAS					
8	ENDOSCOPIA CON ESCLEROTERAPIA (INCLUYE SUSTANCIA ESCLEROSANTE)					
9	ENDOSCOPIA CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO					
10	ENDOSCOPIA CON LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS (INCLUYE BANDAS ELASTICAS)					
11	ENDOSCOPIA CON RESECCIÓN DE POLIPOS GASTRICOS O DUODENALES					
12	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA					
13	ENDOSCOPIA CON TOMA DE BIOPSIA					
14	MANOMETRIA ESOFAGICA					
15	PHMETRIA DE 24 HORAS AMBULATORIA (CON LA PORTACION DEL APARATO)					
TOTAL PARTIDA 15A				\$ -	\$ -	\$ -
19A	MEDICINA NUCLEAR EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 1,221,473.93	\$ 3,053,684.82			
1	GAMAGRAMA CON ERITROCITOS MARCADOS					
2	GAMAGRAMA DE SISTEMA LINFATICO					
3	GAMAGRAMA DE SISTEMA VENOSO					
4	GAMAGRAMA DE VIAS URINARIAS (CISTOGAMAGRAMA)					
5	GAMAGRAMA OSEO DE 3 FASES					
6	GAMAGRAMA OSEO DE CUERPO COMPLETO					
7	GAMAGRAMA PARA REFLUJO GASTROESOFAGICO					
8	GAMAGRAMA PARATIROIDES					
9	GAMAGRAMA PULMONAR					
10	GAMAGRAMA PULMONAR VENTILACION/PERFUSION					
11	GAMAGRAMA RENAL					
12	GAMAGRAMA RENAL PARA RIÑON TRASPLANTADO					
13	GAMAGRAMA RENAL PERFUSORIO Y CON FILTRADO GLOMERULAR					
14	GAMAGRAMA TIROIDEO					
15	BUSQUEDA DE BAZO ACCESORIO					
16	BUSQUEDA DE ESOFAGO DE BARRET					
17	BUSQUEDA DE FISTULAS TRAQUEO-ESOFAGICAS					
18	BUSQUEDA DE MUCOSA GASTRICA ECTOPICA					
19	BUSQUEDA DE REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO					
20	BUSQUEDA DE SANGRADO ABDOMINAL CON COLOIDE DE TC.					
21	GAMMAGRAMA DE GLÁNDULAS PARATIROIDES TECNECIO 99mm					
22	CISTENOGAMAGRAFÍA					
23	CISTOGAMMAGRAFÍA					
24	FLEBOGRAFIA RADIOISOTOPICA DE MIEMBROS SUPERIORES					
25	FLEBOGRAFIA RADIOISOTOPICA DE MIEMBROS PÉLVICOS					
26	FLEBOGRAFIA RADIOISOTOPICA DE MS PÉLVICO UNILATERAL					



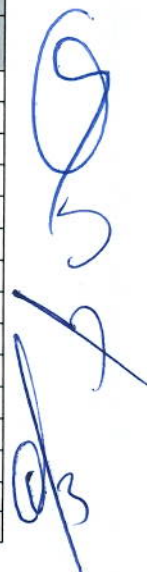
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL			
27	GAMAGRAMA ABDOMINAL								
28	GAMAGRAMA DE APARATO LAGRIMAL								
29	GAMAGRAMA DE GLÁNDULAS SALIVALES								
30	GAMAGRAMA ESPLENICO								
31	GAMAGRAMA HEPÁTICO								
32	GAMAGRAMA HEPATO-ESPLENICO								
33	GAMAGRAMA HEPATO-PULMONAR								
34	GAMAGRAMA OSEO DE ARTICULACIONES DINAMICO/ESTATICO								
35	GAMAGRAMA OSEO Y HEPATICO (PAQUETE)								
36	GAMAGRAMA PULMONAR C/ESTUDIO VENOSO								
37	GAMAGRAMA PULMONAR PERFUSORIO								
38	GAMAGRAMA PULMONAR VENTILATORIO/PERFUSORIO								
39	GAMAGRAMA RENAL II (FILTRADO GLOMERULAR)								
40	GAMAGRAMA SECUENCIAL DE VIAS BILIARES C/HIDA								
41	GAMAGRAMA TESTICULAR								
42	GAMMAGRAMA TIROIDEO TECNECIO 99 Y CAPTACIÓN DE 24 HORAS								
43	GAMAGRAMA TIROIDEO I-131 Y CAPTACIÓN DE 24 HRS.								
44	GAMAGRAMA UBI TECNECIO								
45	GAMMAGRAFÍA PAR BUSQUEDA DE HEMANGIOMA								
46	LINFOGRAFÍA RADIOISOTÓPICA								
47	LOCALIZACIÓN DE METÁSTASIS CON I-131								
48	SALIVOGRAMA P/BUSQUEDA DE BRONCOASPIRACIÓN								
49	SPECT (OSEO, HIGADO PULMON, ABDOMEN)								
50	TRANSITO ESOFAGICO CON ALIMENTOS MARCADOS								
51	TRATAMIENTO CON SAMARIO 153 INCLUYE RASTREO OSEO POST.								
52	TRATAMIENTO DE SAMARIO 153								
53	VACIAMIENTO GASTRICO CON ALIMENTOS MARCADOS								
54	DOSIS DE TRATAMIENTO CON I-131 HIPER TIROIDISMO 15 mCi								
55	DOSIS DE TRATAMIENTO CON I-131 HIPER TIROIDISMO 30 mCi								
56	GAMAGRAMA OSEO METASTASICO								
57	GAMAGRAMA TIROIDEO Y CAPTACIÓN DE 24 HRS.								
58	GAMAGRAMA TIROIDES CON I-131								
TOTAL PARTIDA 19A				\$	-	\$	-	\$	-
20A	OFTALMOLOGIA EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 2,421,813.63	\$ 6,054,534.08						
1	CAMPIMETRÍA (CAMPOS VISUALES POR OJO)								
2	CAPSULOTOMIA POR RAYO LASER								
3	CIRUGIA DACRIOCISTORRINOSTOMIA								
4	CRIOCIRUGIA								
5	FLUORANGIOGRAFÍA								
6	APLICACIÓN DE ANTIANGIOGENICO POR OJO (NO INCLUYE MEDICAMENTOS)								
7	FOTOCOAGULACION RAYO LASER								
8	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE BLEFAROPLASTIA POR OJO								
9	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE CHALAZION POR OJO								
10	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE COLOCACION DE MEMBRANA AMNIOTICA / RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL (INCLUYE MEMBRANA)								
11	GONIOPHOTOCOAGULACION LASER POR OJO								
12	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTRABISMO POR OJO								
13	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE EXTIRPACION DE QUISTE Y/O VERRUGA POR OJO								
14	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE FACO VITRECTOMIA (NO INCLUYELENTE)								
	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE FACO VITRECTOMIA CON RETINOPEXIA (NO INCLUYELENTE)								




"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
15	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE LAVADO DE CAMARA POR OJO					
16	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE PTERIGION POR OJO					
17	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE RETIRO DE SILICON POR OJO					
18	GONIOPLASTIA					
19	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE SONDEO DE VIAS LAGRIMALES POR OJO					
20	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE VITRECTOMIA CON RETINOPEXIA POR OJO					
21	IRIDECTOMIA O IRIDOTOMIA CON LASER POR OJO					
22	CIRUGIA DE REPARACION HERIDA CORNEAL Y/O ESCLEROCORNEAL					
24	CIRUGIA DE GLAUCOMA POR OJO					
25	CAMPOS VISUALES COMPUTARIZADOS AMBOS OJOS					
26	PHOTOMIDRIASIS					
27	PUPILOPLASTIA					
28	SONOGRAFIA OCULAR (Modo A) AMBOS OJOS					
29	SONOGRAFIA OCULAR (Modo B) AMBOS OJOS					
30	TRABECULECTOMIA POR OJO					
31	TRABECULOPLASTIA					
32	TRABECULOPLASTÍA CON RAYO LÁSER POR OJO					
33	CROSSLINKING POR OJO					
34	CORRECCION DE ECTROPION DE PARPADOS INFERIORES					
35	CORRECCION DE ECTROPION DE PARPADOS SUPERIORES					
36	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR OJO (FUNCIONAL)					
37	DACRIOINTUBACION CERRADA POR OJO					
38	DESCOMPRESIÓN ORBITARIA POR OJO					
39	ENUCLEACIÓN POR OJO					
40	EXCENTRACIÓN ORBITARIA POR OJO					
41	RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL POSTRAUMÁTICO POR OJO					
42	REPARACIÓN DE FRACTURAS ORBITARIAS POR OJO					
43	RESECCIÓN DE TUMORES INTRAORBITARIOS POR OJO					
44	RESECCIÓN DE TUMORES PALPEBRALES POR OJO					
45	COLOCACION DE VALVULA AHMED POR OJO (NO INCLUYE VALVULA)					
46	RETINOPEXIA POR OJO					
47	VITRECTOMIA POR OJO					
48	OCT DE MÁCULA O RETINA (AMBOS OJOS)					
49	OCT MACULA O RETINA (UN OJO)					
50	OCT NERVIÓ OPTICO O FIBRAS NERVIOSAS (AMBOS OJOS)					
51	OCT NERVIÓ OPTICO O FIBRAS NERVIOSAS (UN OJO)					
52	TOPOGRAFIA, PAQUIMETRIA Y REFRACCION (AMBOS OJOS)					
53	TOPOGRAFIA, PAQUIMETRIA Y REFRACCION (UN OJO)					
54	CIRUGIA DE CATARATA FACOESTIMULACION POR OJO					
55	MICROSCOPIA ESPECULAR					
56	CIRUGIA DE CATARATA EXTRACAPSULAR					
57	PROTOCOLO DE GALUCOMA					
58	ANGIOTOMOGRAFIA OCULAR (OCT VASCULAR POR OJO)					
TOTAL PARTIDA 20A				\$	-	\$ -
21 A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 871,647.97	\$ 2,179,119.93			

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

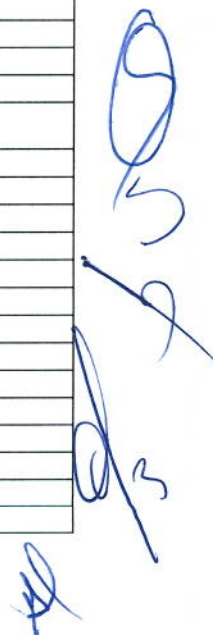
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
1	17- ALFA HIDRO PROGESTERONA					
2	17- CETOSTEROIDES EN ORINA DE 24 HORAS					
3	17- HIDROXI CORTICOSTEROIDES EN ORINA DE 24 HORAS					
4	17- HIDROXI PREGNENOLONA					
5	ABL/BCR REARREGLO DE GENES, TIEMPO REAL PCR					
6	ABUSO DE DROGAS (5 SUSTANCIAS) EN ORINA					
7	ABUSO DE DROGAS (7 ANALITOS) EN ORINA					
8	ACIDO 5- HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS					
9	ACIDO LACTICO					
10	ACIDO METILMALÓNICO					
11	ACIDO MICOFENÓLICO					
12	ACIDO VANILMANDÉLICO EN ORINA ALEATORIA					
13	ACIDO VANILMANDÉLICO EN ORINA DE 24HRS					
14	ACIDOS GRASOS LIBRES EN SUERO					
15	ACIDOS ORGÁNICOS EN ORINA ALEATORIA					
16	ACIDOS ORGÁNICOS EN SUERO					
17	ACILCARNITINA EN PLASMA					
18	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS					
19	ALDOLASA EN SANGRE					
20	ALDOSTERONA EN SANGRE					
21	ALFA 1 ANTI TRIPSINA					
22	ALFA 2 MACROGLOBULINA					
23	AMILASA EN ORINA ALEATORIA					
24	AMINOÁCIDOS EN ORINA CUALITATIVO					
25	AMINOÁCIDOS EN PLASMA CUANTITATIVOS					
26	AMONIO EN PLASMA					
27	ANDROSTENEDIONA					
28	ANFETAMINAS EN ORINA					
29	ANGIOTENSINA II					
30	ANTI MI-2					
31	ANTIBIOGRAMA DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS					
32	ANTICOAGULANTE LÚPICO					
33	ANTICUERPO ANTI TOTOXINA DIFTERICA					
34	ANTICUERPOS ANTI ADRENALAS IGA; IGG; IGM					
35	ANTICUERPOS ANTI AMIBA IGG					
36	ANTICUERPOS ANTI ASPERGILLUS IGG, IGM					
37	ANTICUERPOS ANTI BLOQUEADOR DE LOS RECEPTORES DE ACETILCOLINA					
38	ANTICUERPOS ANTI BRUCELLA ABORTUS IGG, IGM					
39	ANTICUERPOS ANTI CAMPILOBACTER JEJUNI IGG, IGM					
40	ANTICUERPOS ANTI CENTROMERO IGG					
41	ANTICUERPOS ANTI CHLAMYDIA PNEUMONIAE IGA, IGG E IGM					
42	ANTICUERPOS ANTI CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGA, IGG, IGM					
43	ANTICUERPOS ANTI CISTICERCO IGG					
44	ANTICUERPOS ANTI COCCIDIOIDES IGG, IGM					
45	ANTICUERPOS ANTI COCCIDIOIDES IMMITIS IGG, IGM					
46	ANTICUERPOS ANTI COXSACKIE A (2,4,7,9,10,16)					
47	ANTICUERPOS ANTI COXSACKIE B PANEL					
48	ANTICUERPOS ANTI DENGUE, IGG, IGM					
49	ANTICUERPOS ANTI ECHOVIRUS 4, 9, 11, 30					
50	ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO IGA					
51	ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO IGG					



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
52	ANTICUERPOS ANTI ENFERMEDAD DE LYME IGG, IGM					
53	ANTICUERPOS ANTI EPSTEIN BARR (PANEL COMPLETO)					
54	ANTICUERPOS ANTI FJADORES DE LOS RECEPTORES DE ACETILCOLINA					
55	ANTICUERPOS ANTI GIARDIA LAMBLIA IGG					
56	ANTICUERPOS ANTI GLIADINA DEAMINADA IGG, IGA					
57	ANTICUERPOS ANTI GLUTAMATO DESCARBOXILASA (ANTI GAD-65)					
58	ANTICUERPOS ANTI HELICOBACTER PYLORI IGG					
59	ANTICUERPOS ANTI HELICOBACTER PYLORI IGM					
60	ANTICUERPOS ANTI HEPATO-RENAL MICROSOMAL (LKM-1)					
61	ANTICUERPOS ANTI HERPES 1 Y 2 IGG, IGM					
62	ANTICUERPOS ANTI HISTONA					
63	ANTICUERPOS ANTI HISTOPLASMA FIJACION DE COMPLEMENTO					
64	ANTICUERPOS ANTI HISTOPLASMA INMUNODIFUSION					
65	ANTICUERPOS ANTI HTLV I / II					
66	ANTICUERPOS ANTI INSULINA					
67	ANTICUERPOS ANTI ISLOTE DE CELULAS PANCREATICAS					
68	ANTICUERPOS ANTI JO-1					
69	ANTICUERPOS ANTI MEMBRANA BASAL GLOMERULAR					
70	ANTICUERPOS ANTI MICROSOALES					
71	ANTICUERPOS ANTI MIELINA ASOCIADA A GLICOPROTEINA IGM (LCR)					
72	ANTICUERPOS ANTI MODULADORES DE RECEPTORES DE ACETILCOLINA					
73	ANTICUERPOS ANTI MONONUCLEOSIS (ANTICUERPOS HETEROFILOS)					
74	ANTICUERPOS ANTI MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG, IGM					
75	ANTICUERPOS ANTI NEISSERIA GONORRAE					
76	ANTICUERPOS ANTI NEUROMIELITIS OPTICA (AQUAPORINA-4)IGG					
77	ANTICUERPOS ANTI NEURONAL NUCLEAR HU (ANNA-I)					
78	ANTICUERPOS ANTI NEURONALES					
79	ANTICUERPOS ANTI PARVOVIRUS B19 IGG, IGM					
80	ANTICUERPOS ANTI PLAQUETARIOS DIRECTA					
81	ANTICUERPOS ANTI PLAQUETARIOS INDIRECTA					
82	ANTICUERPOS ANTI RECEPTORES DE TSH					
83	ANTICUERPOS ANTI RICKETSSIA IGG, IGM					
84	ANTICUERPOS ANTI RNA POLIMERASA I/II/III					
85	ANTICUERPOS ANTI SALMONELLA IGA, IGG, IGM					
86	ANTICUERPOS ANTI SARAMPION IGG					
87	ANTICUERPOS ANTI SARAMPION IGM					
88	ANTICUERPOS ANTI SCL-70					
89	ANTICUERPOS ANTI SHIGELLA					
90	ANTICUERPOS ANTI SUPRARENAL					
91	ANTICUERPOS ANTI TOXOCARA CANIS IGA, IGG, IGM					
92	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA, IGG					
93	ANTICUERPOS ANTI TREPONEMA PALLIDUM IGG, IGM					
94	ANTICUERPOS ANTI TRYPANOSOMA CRUZY IGG, IGM					
95	ANTICUERPOS ANTI VARICELA ZOSTER IGG, IGM					
96	ANTICUERPOS ANTI VIRUS DE LA HEPATITIS DELTA					
97	ANTICUERPOS ANTI VIRUS DE LA HEPATITIS E (IGG)					
98	ANTICUERPOS ANTI VIRUS DE LA HEPATITIS E (IGM)					
99	ANTICUERPOS ANTI VIRUS HERPES TIPO 6 IGG, IGM					
100	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION					
101	ANTIGENO CD20 DE LINFOMA					
102	ANTIGENO CHLAMYDIA TRACHOMATIS					
103	ANTÍGENO DE HISTOCOMPATIBILIDAD HLA-B27					



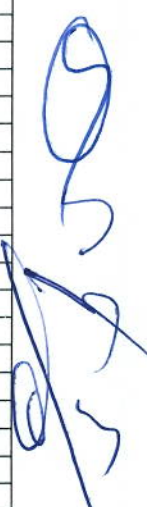
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
104	ANTIGENO GALACTOMANANO DE ASPERGILLUS					
105	ANTIGENO GIARDIA LAMBLIA EN HECES					
106	ANTIGENO HELICOBACTER PYLORY EN HECES					
107	ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO					
108	APOLIOPROTEINA A1					
109	APOLIOPROTEINA B					
110	ARSENICO EN ORINA					
111	ARSENICO EN SANGRE					
112	AUTO ANTICUERPOS HSP-70					
113	BANDAS OLIGOCLONALES EN LCR					
114	BASOFILOS DEGRANULACION					
115	BETA 2 MICROGLOBULINA EN ORINA					
116	BICARBONATO EN ORINA					
117	BRUCELLA ABORTUS DETECCION POR PCR EN SANGRE					
118	C1 INHIBIDOR DE ESTERASA, ACTIVIDAD FUNCIONAL					
119	C1Q COMPLEMENTO					
120	CADENAS LIGERAS KAPPA/LAMBDA EN ORINA					
121	CADENAS LIGERAS KAPPA/LAMBDA LIBRES EN SUERO					
122	CALCIO IONIZADO					
123	CALCITONINA					
124	CALPROTECTINA EN HECES					
125	CARBAMEZAPINA					
126	CARIOTIPO EN MEDULA OSEA					
127	CARIOTIPO EN SANGRE PERIFERICA CON FOTOMETRIA					
128	CATECOLAMINAS TOTALES Y FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS					
129	CATECOLAMINAS TOTALES Y FRACCIONADAS EN PLASMA					
130	CERULOPLASMINA					
131	CICLOSPORINA					
132	CISTINA EN ORINA DE 24 HORAS					
133	CITRATO EN ORINA DE 24 HORAS					
134	CITRATO SERICO					
135	CLOBAZAM					
136	CLONAZEPAM					
137	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINAS A Y B					
138	COBRE EN ORINA DE 24 HRS					
139	COBRE SÉRICO					
140	COLINESTERASA					
141	COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES					
142	COMPLEMENTO C2					
143	COMPLEMENTO C5					
144	COMPLEMENTO C9					
145	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50 % (CH50)					
146	CORTISOL EN ORINA DE 24 HORAS					
147	CROMO EN SUERO					
148	CROMOGRANINA A EN SUERO					
149	CROMOSOMA, AML M3, TRANSLOCACION 15,17					
150	CULTIVO DE CLAMIDIA					
151	CULTIVO DE HERPES					
152	CULTIVO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS					
153	CULTIVO GENITAL PARA MYCOPLASMA/UREAPLASMA					
154	DEHIDRO EPIANDROSTERONA SERICA (DHEA)					
155	DEHIDRO EPIANDROSTERONA SULFATO SERICA (DHEA-SO4)					

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
156	DEHIDRO TESTOSTERONA					
157	DEOXCORTISOL					
158	DETECCION DE MUTACIONES EN FACTOR II - FACTOR V					
159	DETECCION DE ONCOGENES BRCA 1 Y 2					
160	DETERMINACION DE 6 ALERGENOS ALIMENTICIOS					
161	DIGOXINA					
162	ELASTASA PANCREATICA EN HECES					
163	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA					
164	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS					
165	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS EN ORINA					
166	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SERICAS CON GRAFICA					
167	ELECTROLITOS EN ORINA DE 24 HRS					
168	ERITROPOYETINA					
169	ESTRIOL TOTAL EN SUERO					
170	ESTRÓGENOS TOTALES					
171	ESTRONA SULFATO EN SUERO					
172	ESTUDIOS FÍSICO QUÍMICO DE CÁLCULOS RENALES (URINARIOS)					
173	FACTOR II DE LA COAGULACION					
174	FACTOR II DE LA PROTOMBINA (MUTACION G-20210A)					
175	FACTOR INTRINSECO					
176	FACTOR IX DE LA COAGULACION					
177	FACTOR V DE LA COAGULACION					
178	FACTOR V MUTACION DE LEIDEN					
179	FACTOR VII DE LA COAGULACION					
180	FACTOR VIII DE LA COAGULACION					
181	FACTOR VIII, INHIBIDOR					
182	FACTOR X DE LA COAGULACION					
183	FACTOR XI DE LA COAGULACION					
184	FACTOR XII DE LA COAGULACION					
185	FACTOR XIII DE LA COAGULACION					
186	FENILALANINA Y TIROSINA					
187	FENILHIDANTOÍNA					
188	FENOBARBITAL					
189	FENOTIPO LEUCEMIA/LINFOMA					
190	FIBRINOGENO PRODUCTOS DE DEGRADACION					
191	FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA					
192	FOSFATASA ÁCIDA TOTAL					
193	FOSFATASA ALCALINA OSEA					
194	FOSFATASA LEUCOCITARIA					
195	FOSFOLIPIDOS TOTALES					
196	FRAGILIDAD OSMOTICA ERITROCITARIA					
197	FRAGILIDAD X, CROMOSOMA					
198	FRUCTOSAMINA					
199	GABAPENTINA					
200	GALACTOSA 1-FOSFATO URIDILTRANSFERASA					
201	GAMMA GLOBULINA					
202	GASTRINA					
203	GEN MTHFR (POLIMORFISMO DEL METILENO TETRAHIDROFOLATO REDUCTASA PCR)					
204	GENOTIPO DE HEPATITIS C					
205	GENOTIPO DE HIV					
206	HAPTOGLOBINA					
207	HEMOGLOBINA FETAL					

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]

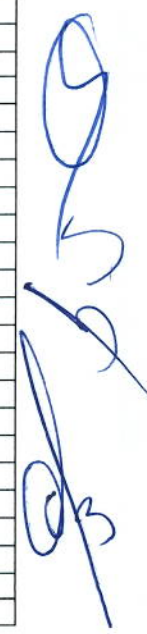
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
208	HERPES VIRUS TIPO 1 Y 2 EN LCR PCR					
209	HIDROXIPROLINA LIBRE EN PLASMA					
210	HISTAMINA EN SANGRE					
211	HLA CLASE I Y II TIPIFICACION; SELECCIÓN DE DONADOR PARA TRANSPLANTE DE M.O					
212	HOMOCISTEINA					
213	HORMONA ADRENO-CORTICOTROPICA (ACTH)					
214	HORMONA ANTI DIURÉTICA (ADH)					
215	HORMONA ANTI MULLERIANA					
216	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTROPINA) GHG					
217	HORMONA DE CRECIMIENTO 2 DETERMINACIONES					
218	HORMONA DE CRECIMIENTO 4 DETERMINACIONES					
219	HORMONA DE CRECIMIENTO 5 DETERMINACIONES					
220	IGF UNIDA A PROTEÍNA 1 (IGFBP-1)					
221	IGF UNIDA A PROTEÍNA 2 (IGFBP-2)					
222	IGF UNIDA A PROTEÍNA 3 (IGFBP-3)					
223	IGF-1 (SOMATOMEDINA C)					
224	INHIBIDOR DE LA ESTERASA					
225	INMUNODEFICIENCIA PANEL 1					
226	INMUNODEFICIENCIA PANEL IV CD4, CD8.					
227	INMUNOELECTROFORESIS EN ORINA					
228	INMUNOELECTROFORESIS EN SUERO					
229	INMUNOGLOBULINA A; SUBCLASES (1 y 2)					
230	INMUNOGLOBULINA D (IgD)					
231	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) A YEMA Y CLARA DEL HUEVO					
232	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) ALFA-LACTOALBUMINA					
233	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) BETA-LACTOGLOBULINA					
234	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) CASEINA					
235	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) LATEX DE HEVEA					
236	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) LECHE ENTERA (F2)					
237	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) MANZANA					
238	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) MOSQUITO 171					
239	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) PENICILLIUM NOTATUM					
240	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) SOYA					
241	INMUNOGLOBULINA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSI)					
242	INMUNOGLOBULINA G; SUBCLASES (1,2,3 y 4)					
243	ISOENZIMAS DE DESHIDROGENASA LACTICA					
244	JAK2 EXON 12 Y 13					
245	JAK2, ANALISIS DE MUTACION					
246	LACOSAMIDA					
247	LACTOFERRINA EN HECES					
248	LAMOTRIGINA					
249	LEVETIRACETAM					
250	LINFOCITOS T, B, NK (CD19/ CD2/ CD3/ CD4/ CD8/ CD56)					
251	LIPASA EN ORINA					
252	LIPOPROTEINA A					
253	LIPOPROTEINA PLA-2					
254	LITIO					
255	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HRS					
256	MANGANESO EN SANGRE					
257	MERCURIO EN ORINA DE 24 HORAS					
258	MERCURIO EN SANGRE					
259	METAHEMOGLOBINA					




"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
260	METALES PESADOS EN SANGRE PERFIL					
261	METANEFRIAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS					
262	METANEFRIAS FRACCIONADAS EN PLASMA					
263	METILFENIDATO					
264	MICROALBUMINURIA EN ORINA ALEATORIA					
265	MICROALBUMINURIA EN ORINA DE 24 HORAS					
266	MIOGLOBULINA EN SUERO					
267	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR PCR					
268	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR PCR EN LCR					
269	N-TELOPÉPTIDO EN ORINA DE 24 HORAS					
270	N-TELOPEPTIDO EN SUERO					
271	OSMOLARIDAD EN ORINA					
272	OSMOLARIDAD EN SUERO					
273	OSTEOCALCINA SÉRICO					
274	OXALATOS EN ORINA DE 24 HORAS					
275	OXCARBAZEPINA					
276	PANEL GASTROINTESTINAL POR PCR					
277	PAPILOMA VIRUS HUMANO PCR					
278	PEPTIDO C EN ORINA					
279	PÉPTIDO C EN SUERO					
280	PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL (BNP)					
281	PERFIL DE ALERGENOS ALIMENTICIOS					
282	PERFIL DE ALERGENOS RESPIRATORIOS					
283	PERFIL DE BORRELIA					
284	PERFIL DE HEPATITIS B COMPLETO					
285	PLOMO EN ORINA DE 24 HORAS					
286	PLOMO EN SANGRE					
287	PML/RARα, T (15;17) PCR					
288	POLIPEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO					
289	PORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS					
290	POTASIO EN ORINA DE 24 HRS					
291	PREALBUMINA					
292	PRIMIDONA					
293	PRO-BNP					
294	PROTEINA BASICA DE MIELINA EN LCR					
295	PROTEINA C ACTIVADA, RESISTENCIA					
296	PROTEINA C ANTIGENICA					
297	PROTEINA EPIDIDIMAL HUMANA (HE 4)					
298	PROTEINA S ANTIGENICA					
299	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1 Y 2					
300	PRUEBAS CRUZADAS LINFOCITOTOXICOS					
301	QUANTIFERON TB GOLD					
302	RENINA					
303	RISTOCETINA					
304	SEROTONINA SERICA					
305	SIROLIMUS					
306	SODIO EN ORINA DE 24 HRS					
307	SUBPOBLACIÓN DE LINFOCITOS					
308	TACROLIMUS					
309	TALIO EN SANGRE					
310	TAMIZ NEONATAL II (AMPLIADO)					
311	TELOPEPTIDO C EN SUERO					





"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

DATOS DEL PROVEEDOR:

Fecha: _____

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CHIHUAHUA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
312	TESTOSTERONA LIBRE					
313	TIPIFICACION HLA CLASE I Y II: DONADOR TRANSPLANTE DE RIÑON (A, B, DR, DQ)					
314	TIROGLOBULINA SÉRICOS					
315	TIROTROPINA RECEPTORES (B-II)					
316	TOPIRAMATO					
317	VITAMINA A					
318	VITAMINA B1					
319	VITAMINA B2					
320	VITAMINA B6					
321	VITAMINA C					
322	VITAMINA D1, 25 HIDROXI					
323	VITAMINA E					
324	VON WILLEBRAND (DETERMINACION DE MULTIMETROS)					
325	VON WILLEBRAND ACTIVIDAD					
326	VON WILLEBRAND FACTOR ANTIGENICO					
327	VON WILLEBRAND FACTOR VIII PANEL					
328	WESTERN BLOTT PARA HIV					
329	XILOSA					
330	ZAP-70					
331	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS					
332	ZINC EN PLASMA					
TOTAL PARTIDA 21A						
TOTAL DELEGACIÓN CHIHUAHUA		\$ 11,171,322.83	\$ 27,928,307.08	\$ -	\$ -	\$ -

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal _____

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACIÓN CD. JUÁREZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
1B	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: RESONANCIA	\$ 104,254.55	\$ 260,636.39			
1	ANGIORESONANCIA					
2	COLANGIORESONANCIA					
3	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA					
4	RESONANCIA MAGNETICA 1 REGION					
5	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES					
6	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES					
7	VENORESONANCIA CON TIEMPO DE VUELO					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
9	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE					
TOTAL PARTIDA 1B				\$ -	\$ -	\$ -
2B	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA	\$ 243,897.84	\$ 609,744.59			
1	TOMOGRAFIA DE 1 REGION					
2	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES					
3	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES					
4	UROTOMOGRAFIA					
5	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO					
6	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL					
7	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
TOTAL PARTIDA 2B				\$ -	\$ -	\$ -
3B	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: ULTRASONOGRAFIA	\$ 137,242.90	\$ 343,107.24			
1	USG ENDOVAGINAL					
2	ULTRASONIDO					
3	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO					
4	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO					
TOTAL PARTIDA 3B				\$ -	\$ -	\$ -
7B	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: DENSITOMETRIA	\$ 119,052.61	\$ 297,631.53			
1	ESTUDIO DENSITOMETRICO DE DOS REGIONES					
2	ESTUDIO DENSITOMETRICO DE UNA REGION					
TOTAL PARTIDA 7B				\$ -	\$ -	\$ -
8B	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: ELECTROENCEFALOGRAFIA	\$ 114,223.14	\$ 285,557.84			
1	ELECTROENCEFALOGRAMA					
TOTAL PARTIDA 8B				\$ -	\$ -	\$ -
9B	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO DE CARDIOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 444,763.99	\$ 1,111,909.97			
1	ECOCARDIOGRAMA TRANS ESOFAGICO					

[Handwritten signature and initials]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACIÓN CD. JUÁREZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
2	MONITOREO DE HOLTER					
3	PRUEBA DE ESFUERZO EN BANDA					
4	ECOCARDIOGRAMA					
TOTAL PARTIDA 9B				\$ -	\$ -	\$ -
11B	AUDIOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 74,107.76	\$ 185,269.39			
1	AUDIOMETRÍA TONAL					
2	LOGOAUDIOMETRÍA					
3	IMPEDANCIOMETRÍA / TIMPANOMETRÍA					
4	PRUEBAS VESTIBULARES O CALÓRICAS					
5	VALORACIÓN DE AUXILIARES AUDITIVOS					
6	ESTUDIO OTONEUROLÓGICO					
7	TAMIZ AUDITIVO					
TOTAL PARTIDA 11B				\$ -	\$ -	\$ -
15B	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 630,589.34	\$ 1,576,473.36			
1	COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA					
2	DILATACION ESOFAGICA					
3	ESCLEROTERAPIA DE VÁRICES ESOFÁGICAS (POR SESION)					
4	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO					
5	POLIPECTOMIA					
6	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA					
7	ENDOSCOPIA (GASTROSCOPIA PANENDOSCOPIA ALTA)					
8	COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA P/REMOVE LESION POLIPO					
9	NASOFARINGOLARINGOSCOPIA					
10	GASTROSTOMIAS (*)					
11	COLOCACIÓN DE HEMOCLIP POR CIERRE DE FISTULAS O CONTROL DE SANGRADO (INCLUYE UN HEMOCLIP)					
12	LIGADURA VARICEAL O HEMORROIDAL (*)					
13	MUCOSECTOMIA (*)					
14	DRENAJE DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO TRANSGASTRICO					
15	LARINGOSCOPIA					
16	COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA CON LIGADURA DE HEMORROIDES					
TOTAL PARTIDA 15B				\$ -	\$ -	\$ -
16B	CIRUGIA MAXILOFACIAL EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 89,628.00	\$ 224,070.00			
1	CONSULTA					
2	APICECTOMIAS					
3	BIOPSIAS INCISIONALES Y EXCISIONALES DE LESIONES DE CARRILLO, PALADAR Y LENGUA					
4	CIRUGIA POR CANINOS RETENIDOS					
5	CIRUGIA POR DIENTES SUPERNUMERICOS					
6	CIRUGIA POR RESTOS RADICULARES COMPLICADOS Y ANQUILOSADOS					
7	EXTRACCION DE PIEZAS CON ENDODONCIA (ANQUILOSADOS)					
8	FRENILECTOMIA					
9	RETIRO DE APICES DENTALES					
10	RETIRO DE GRANULOMA PIOGENO DEL EMBARAZO					

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACIÓN CD. JUÁREZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
11	RETIRO DE MUCOCELES					
12	RETIRO DE TERCEROS MOLARES					
TOTAL PARTIDA 16B				\$ -	\$ -	\$ -
19B	MEDICINA NUCLEAR EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 366,442.18	\$ 916,105.45			
1	GAMAGRAMA CON ERITROCITOS MARCADOS					
2	GAMAGRAMA DE SISTEMA LINFATICO					
3	GAMAGRAMA DE SISTEMA VENOSO					
4	GAMAGRAMA DE VIAS URINARIAS (CISTOGAMAGRAMA)					
5	GAMAGRAMA OSEO DE 3 FASES					
6	GAMAGRAMA OSEO DE CUERPO COMPLETO					
7	GAMAGRAMA PARA REFLUJO GASTROESOFAGICO					
8	GAMAGRAMA PARATIROIDES					
9	GAMAGRAMA PULMONAR					
10	GAMAGRAMA PULMONAR VENTILACION/PERFUSION					
11	GAMAGRAMA RENAL					
12	GAMAGRAMA RENAL PARA RIÑON TRASPLANTADO					
13	GAMAGRAMA RENAL PERFUSORIO Y CON FILTRADO GLOMERULAR					
14	GAMAGRAMA TIROIDEO					
15	BUSQUEDA DE BAZO ACCESORIO					
16	BUSQUEDA DE ESOFAGO DE BARRET					
17	BUSQUEDA DE FISTULAS TRAQUEO-ESOFAGICAS					
18	BUSQUEDA DE MUCOSA GASTRICA ECTOPICA					
19	BUSQUEDA DE REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO					
20	BUSQUEDA DE SANGRADO ABDOMINAL CON COLOIDE DE TC.					
21	GAMAGRAMA DE GLÁNDULAS PARATIROIDES TECNECIO 99mm					
22	CISTERNOGAMAGRAFÍA					
23	CISTOGAMAGRAFÍA					
24	FLEBOGRAFIA RADIOISOTOPICA DE MIEMBROS SUPERIORES					
25	FLEBOGRAFIA RADIOISOTOPICA DE MIEMBROS PÉLVICOS					
26	FLEBOGRAFIA RADIOISOTOPICA DE MS PÉLVICO UNILATERAL					
27	GAMAGRAMA ABDOMINAL					
28	GAMAGRAMA DE APARATO LAGRIMAL					
29	GAMAGRAMA DE GLÁNDULAS SALIVALES					
30	GAMAGRAMA ESPLENICO					
31	GAMAGRAMA HEPÁTICO					
32	GAMAGRAMA HEPATO-ESPLENICO					
33	GAMAGRAMA HEPATO-PULMONAR					
34	GAMAGRAMA OSEO DE ARTICULACIONES DINAMICO/ESTATICO					
35	GAMAGRAMA OSEO Y HEPATICO (PAQUETE)					
36	GAMAGRAMA PULMONAR C/ESTUDIO VENOSO					
37	GAMAGRAMA PULMONAR PERFUSORIO					
38	GAMAGRAMA PULMONAR VENTILATORIO/PERFUSORIO					
39	GAMAGRAMA RENAL II (FILTRADO GLOMERULAR)					
40	GAMAGRAMA SECUENCIAL DE VIAS BILIARES C/HIDA					
41	GAMAGRAMA TESTICULAR					
42	GAMAGRAMA TIROIDEO TECNECIO 99 Y CAPTACIÓN DE 24 HORAS					
43	GAMAGRAMA TIROIDEO I-131 Y CAPTACIÓN DE 24 HRS.					
44	GAMAGRAMA UBI TECNECIO					
45	GAMAGRAFÍA PAR BUSQUEDA DE HEMANGIOMA					
46	LINFOGRAFÍA RADIOISOTÓPICA					
47	LOCALIZACIÓN DE METÁSTASIS CON I-131					
48	SALIVOGRAMA P/BUSQUEDA DE BRONCOASPIRACIÓN					
49	SPECT (OSEO, HIGADO PULMON, ABDOMEN)					

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACIÓN CD. JUÁREZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
50	TRANSITO ESOFAGICO CON ALIMENTOS MARCADOS					
51	TRATAMIENTO CON SAMARIO 153 INCLUYE RASTREO OSEO POST.					
52	TRATAMIENTO DE SAMARIO 153					
53	VACIAMIENTO GASTRICO CON ALIMENTOS MARCADOS					
54	DOSIS DE TRATAMIENTO CON I -131 HIPER TIROIDISMO 15 mCi					
55	DOSIS DE TRATAMIENTO CON I -131 HIPER TIROIDISMO 30 mCi					
56	GAMAGRAMA OSEO METASTASICO					
57	GAMAGRAMA TIROIDEO Y CAPTACIÓN DE 24 HRS.					
58	GAMAGRAMA TIROIDES CON I-131					
TOTAL PARTIDA 19B				\$	-	\$ -
20B	OFTALMOLOGIA EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 944,507.31	\$ 2,361,268.29			
1	CAMPIMETRÍA (CAMPOS VISUALES POR OJO)					
2	CAPSULOTOMIA POR RAYO LASER					
3	CIRUGIA DACRIOCISTORRINOSTOMIA					
4	CRIOCIRUGIA					
5	FLUORANGIOGRAFÍA					
6	APLICACIÓN DE ANTIANGIOGENICO POR OJO (NO INCLUYE MEDICAMENTOS)					
7	FOTOCOAGULACION RAYO LASER					
8	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE BLEFAROPLASTIA POR OJO					
9	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE CHALAZION POR OJO					
10	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE COLOCACION DE MEMBRANA AMNIOTICA / RECUBRIMIENTO CONJUNTIVAL (INCLUYE MEMBRANA)					
11	GONIOPHOTOCOAGULACION LASER POR OJO					
12	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ESTRABISMO POR OJO					
13	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE EXTIRPACION DE QUISTE Y/O VERRUGA POR OJO					
14	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE FACO VITRECTOMIA (NO INCLUYE LENTE)					
15	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE FACO VITRECTOMIA CON RETINOPEXIA (NO INCLUYE LENTE)					
16	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE LAVADO DE CAMARA POR OJO					
17	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE PTERIGION POR OJO					
18	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE RETIRO DE SILICON POR OJO					
19	GONIOPLASTIA					
20	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE SONDEO DE VIAS LAGRIMALES POR OJO					
21	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE VITRECTOMIA CON RETINOPEXIA POR OJO					
22	IRIDECTOMIA O IRIDOTOMIA CON LASER POR OJO					
23	CIRUGIA DE REPARACION HERIDA CORNEAL Y/O ESCLEROCORNEAL					
24	CIRUGIA DE GLAUCOMA POR OJO					
25	CAMPOS VISUALES COMPUTARIZADOS AMBOS OJOS					
26	PHOTOMIDRIASIS					
27	PUPILOPLASTIA					
28	SONOGRAFIA OCULAR (Modo A) AMBOS OJOS					
29	SONOGRAFIA OCULAR (Modo B) AMBOS OJOS					
30	TRABECULECTOMIA POR OJO					
31	TRABECULOPLASTIA					
32	TRABECULOPLASTIA CON RAYO LÁSER POR OJO					
33	CROSSLINKING POR OJO					
34	CORRECCION DE ECTROPION DE PARPADOS INFERIORES					
35	CORRECCION DE ECTROPION DE PARPADOS SUPERIORES					
36	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL POR OJO (FUNCIONAL)					
37	DACRIOINTUBACION CERRADA POR OJO					

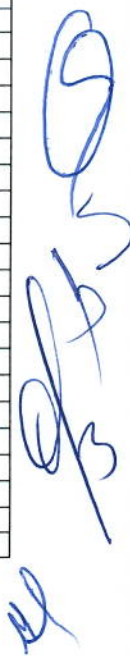
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACIÓN CD. JUÁREZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL			
38	DESCOMPRESIÓN ORBITARIA POR OJO								
39	ENUCLEACIÓN POR OJO								
40	EXCENTRACIÓN ORBITARIA POR OJO								
41	RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL POSTRAUMÁTICO POR OJO								
42	REPARACIÓN DE FRACTURAS ORBITARIAS POR OJO								
43	RESECCIÓN DE TUMORES INTRAORBITARIOS POR OJO								
44	RESECCIÓN DE TUMORES PALPEBRALES POR OJO								
45	COLOCACION DE VALVULA AHMED POR OJO (NO INCLUYE VALVULA)								
46	RETINOPEXIA POR OJO								
47	VITRECTOMIA POR OJO								
48	OCT DE MÁCULA O RETINA (AMBOS OJOS)								
49	OCT MACULA O RETINA (UN OJO)								
50	OCT NERVIÓ OPTICO O FIBRAS NERVIOSAS (AMBOS OJOS)								
51	OCT NERVIÓ OPTICO O FIBRAS NERVIOSAS (UN OJO)								
52	TOPOGRAFIA, PAQUIMETRIA Y REFRACCION (AMBOS OJOS)								
53	TOPOGRAFIA, PAQUIMETRIA Y REFRACCION (UN OJO)								
54	CIRUGIA DE CATARATA FACOESTIMULACION POR OJO								
55	MICROSCOPIA ESPECULAR								
56	CIRUGIA DE CATARATA EXTRACAPSULAR								
57	PROTOCOLO DE GALUCOMA								
TOTAL PARTIDA 20B				\$	-	\$	-	\$	-
21B	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$	261,494.39	\$	653,735.98				
1	17- ALFA HIDRO PROGESTERONA								
2	17- CETOSTEROIDES EN ORINA DE 24 HORAS								
3	17- HIDROXI CORTICOESTEROIDES EN ORINA DE 24 HORAS								
4	17- HIDROXI PREGNENOLONA								
5	ABL/BCR REARREGLO DE GENES, TIEMPO REAL PCR								
6	ABUSO DE DROGAS (5 SUSTANCIAS) EN ORINA								
7	ABUSO DE DROGAS (7 ANALITOS) EN ORINA								
8	ACIDO 5- HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS								
9	ACIDO LACTICO								
10	ACIDO METILMALÓNICO								
11	ACIDO MICOFENÓLICO								
12	ACIDO VANILMANDÉLICO EN ORINA ALEATORIA								
13	ACIDO VANILMANDÉLICO EN ORINA DE 24HRS								
14	ACIDOS GRASOS LIBRES EN SUERO								
15	ACIDOS ORGÁNICOS EN ORINA ALEATORIA								
16	ACIDOS ORGÁNICOS EN SUERO								
17	ACILCARNITINA EN PLASMA								
18	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS								
19	ALDOLASA EN SANGRE								
20	ALDOSTERONA EN SANGRE								
21	ALFA 1 ANTI TRIPSINA								
22	ALFA 2 MACROGLOBULINA								
23	AMILASA EN ORINA ALEATORIA								
24	AMINOÁCIDOS EN ORINA CUALITATIVO								
25	AMINOÁCIDOS EN PLASMA CUANTITATIVOS								
26	AMONIO EN PLASMA								
27	ANDROSTENEDIONA								
28	ANFETAMINAS EN ORINA								



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACIÓN CD. JUÁREZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
29	ANGIOTENSINA II					
30	ANTI MI-2					
31	ANTIBIOGRAMA DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS					
32	ANTICOAGULANTE LÚPICO					
33	ANTICUERPO ANTI TOTOXINA DIFTERICA					
34	ANTICUERPOS ANTI ADRENALES IGA; IGG; IGM					
35	ANTICUERPOS ANTI AMIBA IGG					
36	ANTICUERPOS ANTI ASPERGILLUS IGG, IGM					
37	ANTICUERPOS ANTI BLOQUEADOR DE LOS RECEPTORES DE ACETILCOLINA					
38	ANTICUERPOS ANTI BRUCELLA ABORTUS IGG, IGM					
39	ANTICUERPOS ANTI CAMPILOBACTER JEJUNI IGG, IGM					
40	ANTICUERPOS ANTI CENTROMERO IGG					
41	ANTICUERPOS ANTI CHLAMYDIA PNEUMONIAE IGA, IGG E IGM					
42	ANTICUERPOS ANTI CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGA, IGG, IGM					
43	ANTICUERPOS ANTI CISTICERCO IGG					
44	ANTICUERPOS ANTI COCCIDIOIDES IGG, IGM					
45	ANTICUERPOS ANTI COCCIDIOIDES IMMITIS IGG, IGM					
46	ANTICUERPOS ANTI COXSACKIE A (2,4,7,9,10,16)					
47	ANTICUERPOS ANTI COXSACKIE B PANEL					
48	ANTICUERPOS ANTI DENGUE, IGG, IGM					
49	ANTICUERPOS ANTI ECHOVIRUS 4, 9, 11, 30					
50	ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO IGA					
51	ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO IGG					
52	ANTICUERPOS ANTI ENFERMEDAD DE LYME IGG, IGM					
53	ANTICUERPOS ANTI EPSTEIN BARR (PANEL COMPLETO)					
54	ANTICUERPOS ANTI FIJADORES DE LOS RECEPTORES DE ACETILCOLINA					
55	ANTICUERPOS ANTI GIARDIA LAMBLIA IGG					
56	ANTICUERPOS ANTI GLIADINA DEAMINADA IGG, IGA					
57	ANTICUERPOS ANTI GLUTAMATO DESCARBOXILASA (ANTI GAD-65)					
58	ANTICUERPOS ANTI HELICOBACTER PYLORI IGG					
59	ANTICUERPOS ANTI HELICOBACTER PYLORI IGM					
60	ANTICUERPOS ANTI HEPATO-RENAL MICROSOMAL (LKM-1)					
61	ANTICUERPOS ANTI HERPES 1 Y 2 IGG, IGM					
62	ANTICUERPOS ANTI HISTONA					
63	ANTICUERPOS ANTI HISTOPLASMA FIJACION DE COMPLEMENTO					
64	ANTICUERPOS ANTI HISTOPLASMA INMUNODIFUSION					
65	ANTICUERPOS ANTI HTLV I / II					
66	ANTICUERPOS ANTI INSULINA					
67	ANTICUERPOS ANTI ISLOTE DE CELULAS PANCREATICAS					
68	ANTICUERPOS ANTI JO-1					
69	ANTICUERPOS ANTI MEMBRANA BASAL GLOMERULAR					
70	ANTICUERPOS ANTI MICROSOMALES					
71	ANTICUERPOS ANTI MIELINA ASOCIADA A GLICOPROTEINA IGM (LCR)					
72	ANTICUERPOS ANTI MODULADORES DE RECEPTORES DE ACETILCOLINA					
73	ANTICUERPOS ANTI MONONUCLEOSIS (ANTICUERPOS HETEROFILOS)					
74	ANTICUERPOS ANTI MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG, IGM					
75	ANTICUERPOS ANTI NEISSERIA GONORRAE					
76	ANTICUERPOS ANTI NEUROMIELITIS OPTICA (AQUAPORINA-4) IGG					
77	ANTICUERPOS ANTI NEURONAL NUCLEAR HU (ANNA-I)					
78	ANTICUERPOS ANTI NEURONALES					
79	ANTICUERPOS ANTI PARVOVIRUS B19 IGG, IGM					
80	ANTICUERPOS ANTI PLAQUETARIOS DIRECTA					
81	ANTICUERPOS ANTI PLAQUETARIOS INDIRECTA					
82	ANTICUERPOS ANTI RECEPTORES DE TSH					
83	ANTICUERPOS ANTI RICKETSSIA IGG, IGM					

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACIÓN CD. JUÁREZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
84	ANTICUERPOS ANTI RNA POLIMERASA I/II/III					
85	ANTICUERPOS ANTI SALMONELLA IGA, IGG, IGM					
86	ANTICUERPOS ANTI SARAMPION IGG					
87	ANTICUERPOS ANTI SARAMPION IGM					
88	ANTICUERPOS ANTI SCL-70					
89	ANTICUERPOS ANTI SHIGELLA					
90	ANTICUERPOS ANTI SUPRARENAL					
91	ANTICUERPOS ANTI TOXOCARA CANIS IGA, IGG, IGM					
92	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA, IGG					
93	ANTICUERPOS ANTI TREPONEMA PALLIDUM IGG, IGM					
94	ANTICUERPOS ANTI TRYPANOSOMA CRUZY IGG, IGM					
95	ANTICUERPOS ANTI VARICELA ZOSTER IGG, IGM					
96	ANTICUERPOS ANTI VIRUS DE LA HEPATITIS DELTA					
97	ANTICUERPOS ANTI VIRUS DE LA HEPATITIS E (IGG)					
98	ANTICUERPOS ANTI VIRUS DE LA HEPATITIS E (IGM)					
99	ANTICUERPOS ANTI VIRUS HERPES TIPO 6 IGG, IGM					
100	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION					
101	ANTIGENO CD20 DE LINFOMA					
102	ANTIGENO CHLAMYDIA TRACHOMATIS					
103	ANTIGENO DE HISTOCOMPATIBILIDAD HLA-B27					
104	ANTIGENO GALACTOMANANO DE ASPERGILLUS					
105	ANTIGENO GIARDIA LAMBLIA EN HECES					
106	ANTIGENO HELICOBACTER PYLORY EN HECES					
107	ANTIGENO SOLUBLE DE HIGADO					
108	APOLIPOPROTEINA A1					
109	APOLIPOPROTEINA B					
110	ARSENICO EN ORINA					
111	ARSENICO EN SANGRE					
112	AUTO ANTICUERPOS HSP-70					
113	BANDAS OLIGOCLONALES EN LCR					
114	BASOFILOS DEGRANULACION					
115	BETA 2 MICROGLOBULINA EN ORINA					
116	BICARBONATO EN ORINA					
117	BRUCELLA ABORTUS DETECCION POR PCR EN SANGRE					
118	C1 INHIBIDOR DE ESTERASA, ACTIVIDAD FUNCIONAL					
119	C1Q COMPLEMENTO					
120	CADENAS LIGERAS KAPPA/LAMBDA EN ORINA					
121	CADENAS LIGERAS KAPPA/LAMBDA LIBRES EN SUERO					
122	CALCIO IONIZADO					
123	CALCITONINA					
124	CALPROTECTINA EN HECES					
125	CARBAMEZAPINA					
126	CARIOTIPO EN MEDULA OSEA					
127	CARIOTIPO EN SANGRE PERIFERICA CON FOTOMETRIA					
128	CATECOLAMINAS TOTALES Y FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS					
129	CATECOLAMINAS TOTALES Y FRACCIONADAS EN PLASMA					
130	CERULOPLASMINA					
131	CICLOSPORINA					
132	CISTINA EN ORINA DE 24 HORAS					
133	CITRATO EN ORINA DE 24 HORAS					
134	CITRATO SERICO					
135	CLOBAZAM					
136	CLONAZEPAM					
137	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINAS A Y B					
138	COBRE EN ORINA DE 24 HRS					
139	COBRE SÉRICO					
140	COLINESTERASA					
141	COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES					
142	COMPLEMENTO C2					
143	COMPLEMENTO C5					
144	COMPLEMENTO C9					
145	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50 % (CH50)					
146	CORTISOL EN ORINA DE 24 HORAS					
147	CROMO EN SUERO					
148	CROMOGRANINA A EN SUERO					
149	CROMOSOMA, AML M3, TRANSLOCACION 15,17					
150	CULTIVO DE CLAMIDIA					
151	CULTIVO DE HERPES					
152	CULTIVO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS					

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACIÓN CD. JUÁREZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
153	CULTIVO GENITAL PARA MYCOPLASMA/UREAPLASMA					
154	DEHIDRO EPIANDROSTERONA SERICA (DHEA)					
155	DEHIDRO EPIANDROSTERONA SULFATO SERICA (DHEA-SO4)					
156	DEHIDRO TESTOSTERONA					
157	DEOXICORTISOL					
158	DETECCION DE MUTACIONES EN FACTOR II - FACTOR V					
159	DETECCION DE ONCOGENES BRCA 1 Y 2					
160	DETERMINACION DE 6 ALERGENOS ALIMENTICIOS					
161	DIGOXINA					
162	ELASTASA PANCREATICA EN HECES					
163	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA					
164	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS					
165	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS EN ORINA					
166	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SERICAS CON GRAFICA					
167	ELECTROLITOS EN ORINA DE 24 HRS					
168	ERITROPOYETINA					
169	ESTRIOL TOTAL EN SUERO					
170	ESTRÓGENOS TOTALES					
171	ESTRONA SULFATO EN SUERO					
172	ESTUDIOS FÍSICO QUÍMICO DE CÁLCULOS RENALES (URINARIOS)					
173	FACTOR II DE LA COAGULACION					
174	FACTOR II DE LA PROTOMBINA (MUTACION G-20210A)					
175	FACTOR INTRINSECO					
176	FACTOR IX DE LA COAGULACION					
177	FACTOR V DE LA COAGULACION					
178	FACTOR V MUTACION DE LEIDEN					
179	FACTOR VII DE LA COAGULACION					
180	FACTOR VIII DE LA COAGULACION					
181	FACTOR VIII, INHIBIDOR					
182	FACTOR X DE LA COAGULACION					
183	FACTOR XI DE LA COAGULACION					
184	FACTOR XII DE LA COAGULACION					
185	FACTOR XIII DE LA COAGULACION					
186	FENILALANINA Y TIROSINA					
187	FENILHIDANTOÍNA					
188	FENOBARBITAL					
189	FENOTIPO LEUCEMIA/LINFOMA					
190	FIBRINOGENO PRODUCTOS DE DEGRADACION					
191	FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA					
192	FOSFATASA ÁCIDA TOTAL					
193	FOSFATASA ALCALINA OSEA					
194	FOSFATASA LEUCOCITARIA					
195	FOSFOLIPIDOS TOTALES					
196	FRAGILIDAD OSMOTICA ERITROCITARIA					
197	FRAGILIDAD X, CROMOSOMA					
198	FRUCTOSAMINA					
199	GABAPENTINA					
200	GALACTOSA 1-FOSFATO URIDILTRANSFERASA					
201	GAMMA GLOBULINA					
202	GASTRINA					
203	GEN MTHFR (POLIMORFISMO DEL METILENO TETRAHIDROFOLATO REDUCTASA PCR)					
204	GENOTIPO DE HEPATITIS C					
205	GENOTIPO DE HIV					
206	HAPTOGLOBINA					
207	HEMOGLOBINA FETAL					
208	HERPES VIRUS TIPO 1 Y 2 EN LCR PCR					
209	HIDROXIPROLINA LIBRE EN PLASMA					
210	HISTAMINA EN SANGRE					
211	HLA CLASE I Y II TIPIFICACION; SELECCIÓN DE DONADOR PARA TRANSPLANTE DE M.O					
212	HOMOCISTEINA					
213	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA (ACTH)					
214	HORMONA ANTI DIURÉTICA (ADH)					
215	HORMONA ANTI MULLERIANA					
216	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTROPINA) HGH					
217	HORMONA DE CRECIMIENTO 2 DETERMINACIONES					
218	HORMONA DE CRECIMIENTO 4 DETERMINACIONES					
219	HORMONA DE CRECIMIENTO 5 DETERMINACIONES					
220	IGF UNIDA A PROTEINA 1 (IGFBP-1)					
221	IGF UNIDA A PROTEÍNA 2 (IGFBP-2)					
222	IGF UNIDA A PROTEÍNA 3 (IGFBP-3)					
223	IGF-1 (SOMATOMEDINA C)					

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACIÓN CD. JUÁREZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
224	INHIBIDOR DE LA ESTERASA					
225	INMUNODEFICIENCIA PANEL 1					
226	INMUNODEFICIENCIA PANEL IV CD4, CD8.					
227	INMUNOELECTROFORESIS EN ORINA					
228	INMUNOELECTROFORESIS EN SUERO					
229	INMUNOGLOBULINA A; SUBCLASES (1 y 2)					
230	INMUNOGLOBULINA D (IgD)					
231	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) A YEMA Y CLARA DEL HUEVO					
232	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) ALFA-LACTOALBUMINA					
233	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) BETA-LACTOGLOBULINA					
234	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) CASEINA					
235	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) LATEX DE HEVEA					
236	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) LECHE ENTERA (F2)					
237	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) MANZANA					
238	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) MOSQUITO 171					
239	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) PENICILLIUM NOTATUM					
240	INMUNOGLOBULINA E (ESPECIFICA) SOYA					
241	INMUNOGLOBULINA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSI)					
242	INMUNOGLOBULINA G; SUBCLASES (1,2,3 y 4)					
243	ISOENZIMAS DE DESHIDROGENASA LACTICA					
244	JAK2 EXON 12 Y 13					
245	JAK2, ANALISIS DE MUTACION					
246	LACOSAMIDA					
247	LACTOFERRINA EN HECES					
248	LAMOTRIGINA					
249	LEVETIRACETAM					
250	LINFOCITOS T, B, NK (CD19/ CD2/ CD3/ CD4/ CD8/ CD56)					
251	LIPASA EN ORINA					
252	LIPOPROTEINA A					
253	LIPOPROTEINA PLA-2					
254	LITIO					
255	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HRS					
256	MANGANESO EN SANGRE					
257	MERCURIO EN ORINA DE 24 HORAS					
258	MERCURIO EN SANGRE					
259	METAHEMOGLOBINA					
260	METALES PESADOS EN SANGRE PERFIL					
261	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS					
262	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA					
263	METILFENIDATO					
264	MICROALBUMINURIA EN ORINA ALEATORIA					
265	MICROALBUMINURIA EN ORINA DE 24 HORAS					
266	MIOGLOBULINA EN SUERO					
267	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR PCR					
268	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR PCR EN LCR					
269	N-TELOPÉPTIDO EN ORINA DE 24 HORAS					
270	N-TELOPEPTIDO EN SUERO					
271	OSMOLARIDAD EN ORINA					
272	OSMOLARIDAD EN SUERO					
273	OSTEOCALCINA SÉRICO					
274	OXALATOS EN ORINA DE 24 HORAS					
275	OXCARBAZEPINA					
276	PANEL GASTROINTESTINAL POR PCR					
277	PAPILOMA VIRUS HUMANO PCR					
278	PEPTIDO C EN ORINA					
279	PÉPTIDO C EN SUERO					
280	PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL (BNP)					
281	PERFIL DE ALERGENOS ALIMENTICIOS					
282	PERFIL DE ALERGENOS RESPIRATORIOS					
283	PERFIL DE BORRELIA					
284	PERFIL DE HEPATITIS B COMPLETO					
285	PLOMO EN ORINA DE 24 HORAS					
286	PLOMO EN SANGRE					
287	PML/RAR α , T (15;17) PCR					
288	POLIPEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO					
289	PORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS					
290	POTASIO EN ORINA DE 24 HRS					
291	PREALBUMINA					
292	PRIMIDONA					
293	PRO-BNP					
294	PROTEINA BASICA DE MIELINA EN LCR					
295	PROTEINA C ACTIVADA, RESISTENCIA					
296	PROTEINA C ANTIGENICA					

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACIÓN CD. JUÁREZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL			
297	PROTEINA EPIDIDIMAL HUMANA (HE 4)								
298	PROTEINA S ANTIGENICA								
299	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1 Y 2								
300	PRUEBAS CRUZADAS LINFOCITOTOXICOS								
301	QUANTIFERON TB GOLD								
302	RENINA								
303	RISTOCETINA								
304	SEROTONINA SERICA								
305	SIROLIMUS								
306	SODIO EN ORINA DE 24 HRS								
307	SUBPOBLACIÓN DE LINFOCITOS								
308	TACROLIMUS								
309	TALIO EN SANGRE								
310	TAMIZ NEONATAL II (AMPLIADO)								
311	TELOPEPTIDO C EN SUERO								
312	TESTOSTERONA LIBRE								
313	TIPIFICACION HLA CLASE I Y II: DONADOR TRANSPLANTE DE RIÑON (A, B, DR, DQ)								
314	TIROGLOBULINA SÉRICOS								
315	TIROTROPINA RECEPTORES (B-II)								
316	TOPIRAMATO								
317	VITAMINA A								
318	VITAMINA B1								
319	VITAMINA B2								
320	VITAMINA B6								
321	VITAMINA C								
322	VITAMINA D1, 25 HIDROXI								
323	VITAMINA E								
324	VON WILLEBRAND (DETERMINACION DE MULTIMETROS)								
325	VON WILLEBRAND ACTIVIDAD								
326	VON WILLEBRAND FACTOR ANTIGENICO								
327	VON WILLEBRAND FACTOR VIII PANEL								
328	WESTERN BLOTT PARA HIV								
329	XILOSA								
330	ZAP-70								
331	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS								
332	ZINC EN PLASMA								
TOTAL PARTIDA 21B				\$	-	\$	-	\$	-
TOTAL DELEGACIÓN JUÁREZ				\$	3,530,204.01	\$	8,825,510.02	\$	-

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal _____

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION DELICIAS	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
1C	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RESONANCIAS	\$ 104,389.71	\$ 260,974.28			
1	ANGIORESONANCIA					
2	COLANGIORESONANCIA					
3	RESONANCIA MAGNETICA 1 REGION					
4	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES					
5	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES					
6	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
7	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE					
TOTAL PARTIDA 1C				\$ -	\$ -	\$ -
2C	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL TOMOGRAFIA	\$ 37,993.11	\$ 94,982.76			
1	TOMOGRFIA DE 1 REGION					
2	TOMOGRFIA DE 2 REGIONES					
3	TOMOGRFIA DE 3 REGIONES					
4	UROTOMOGRFIA					
5	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO					
6	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL					
7	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
TOTAL PARTIDA 2C				\$ -	\$ -	\$ -
3C	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL USG	\$ 80,808.35	\$ 202,020.87			
1	USG ENDOVAGINAL					
2	ULTRASONIDO					
3	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO					
4	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO					
TOTAL PARTIDA 3C				\$ -	\$ -	\$ -
5.1C	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA ODONTologica EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RAYOS X	\$ 35,771.97	\$ 89,429.92			
1	CRANEO AP Y LATERAL					
2	PANORAMICA DENTAL (ORTHOPANTOGRAFIA)					
3	SENOS PARANASALES (WATERS Y LATERAL)					
TOTAL PARTIDA 5.1C				\$ -	\$ -	\$ -
6C	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS	\$ 9,445.83	\$ 23,614.58			
1	MAMOGRAFIA (CUALQUIER LADO)					
2	MAMOGRAFIA BILATERAL					
3	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA					
TOTAL PARTIDA 6C				\$ -	\$ -	\$ -
15C	ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 70,963.20	\$ 177,408.00			
1	COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA					
2	COLONOSCOPIA CON TOMA DE BIOPSIA					
3	COLONOSCOPIA CON RESECCIÓN DE POLIPOS					



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION DELICIAS	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
4	ENDOSCOPIA CON DILATACIONES ESOFAGICAS					
5	ENDOSCOPIA CON ESCLEROTERAPIA (INCLUYE SUSTANCIA ESCLEROSANTE)					
6	ENDOSCOPIA CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO					
7	ENDOSCOPIA CON LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS (INCLUYE BANDAS ELASTICAS)					
8	ENDOSCOPIA CON RESECCIÓN DE POLIPOS GASTRICOS O DUODENALES					
9	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA					
10	SIGMOIDOSCOPIA					
11	ENDOSCOPIA CON TOMA DE BIOPSIA					
TOTAL PARTIDA 15C						
				\$ -	\$ -	\$ -
21C	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 381,887.37	\$ 954,718.44			
1	Acido Urico					
2	Alfa Feto Proteina					
3	Amilasa Sérica					
4	Amonio Serico					
5	Antibiograma General					
6	Anticuerpos Anti Helicobacter Pylori IgG e IgM					
7	Antiestreptolisina O (ASLO)					
8	Antígeno Carcinoembrionario					
9	Antígeno Prostático Especifico					
10	Antígeno Prostático Fracción Libre					
11	BAAR en Expectoración Seriado (3 Muestras)					
12	Baciloscopia de Expectoración					
13	Bilirrubinas Totales (BT, BD y BI)					
14	Biometria Hemática					
15	CA 125					
16	CA 15-3					
17	CA 19-9					
18	Calcio Sérico					
19	Cinetica de Hierro (Ferritina, Transferrina, Hierro total y Captación de Hierro)					
20	Coombs Directo					
21	Coombs Indirecto					
22	Coprológico					
23	Coproparasitológico Seriado (3 muestras)					
24	Cortisol Sérico					
25	Covid-19 Antígeno (Prueba Rápida Nasofaríngea)					
26	Cultivo de Expectoración					
27	Cultivo de Heces					
28	Cultivo de Herida					
29	Cultivo de Liquido de Diálisis					
30	Cultivo de Orina					
31	Cultivo Faringeo					
32	Cultivo Nasal					
33	Cultivo Nasofaríngeo					
34	Cultivo Vaginal					
35	Curva de Tolerancia a la Glucosa 2 horas (Muestra basal, infusión de 75 gr Glucosa, muestras a los 60, 90 y 120 min.)					
36	Depuración de Creatinina en Orina de 24 horas					
37	Deshidrogenasa Lactica Sérica (DHL)					
38	Dímero D					
39	Electrolitos Séricos (Cloro, Sodio y Potasio)					



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION DELICIAS	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
40	Enzimas Cardiacas (DHL, TGO, TGP, CK total y Fracción MB)					
41	Eosinofilos en Moco Nasal					
42	Espermatobioscopia					
43	Examen General de Orina					
44	Factor Reumatoide					
45	Fósforo Sérico					
46	Gasometría Venosa					
47	Glucosa Sérica					
48	Gonadotropina Coriónica Fracción B					
49	Grupo Sanguineo y Factor Rh					
50	Hemoglobina Glucosilada (HB A1C)					
51	Hepatitis "A" Anticuerpo					
52	Hepatitis "B" Anticuerpo					
53	Hepatitis "C" Anticuerpo					
54	Hormona Foliculo Estimulante (F.S.H.)					
55	Inmunoglobulina E. (IgE Serica)					
56	Insulina Sérica					
57	Lipasa Sérica					
58	Magnesio Sérico					
59	Peptido Citrulinado Ciclico					
60	Perfil de Lípidos Basico (Triglicéridos y Colesterol Total)					
61	Perfil de Lípidos Completo (LDL, HDL, VLDL, Triglicéridos y Colesterol)					
62	Perfil de TORCH IgG e IgM (Ac. Anti Toxoplasma, Anti Rubeola, Anti Citomegalovirus, Anti Herpes I y II)					
63	Perfil Hormonal Ginecológico (LH, FSH, Prolactina, Progesterona, Estradiol, Testosterona total)					
64	Perfil Tiroideo (TSH, T3, T4, T3 Libre, T4 Libre)					
65	Prolactina Sérica					
66	Proteina C Reactiva Cardiac					
67	Proteinas Totales en Suero					
68	Prueba de Embarazo en Suero					
69	Pruebas de Funcionamiento Hepático (PT, A, G, Relacion A-G, BT, BD y BI; TGP, TGO, GGT, DHL, F. Alcalina)					
70	Química Sanguinea de 5 Elementos (Glucosa, Urea, Creatinina, BUN y Acido Urico)					
71	Reacciones Febriles					
72	Reticulocitos					
73	Sangre Oculta en Heces					
74	Testosterona Libre y Total					
75	Tiempo de Protombina (TP)					
76	Tiempo de Trombina					
77	Tiempo Parcial de Tromboplastina (TPT)					
78	Transaminasas (TGO Y TGP)					
79	VDRL					
80	Velocidad de Sedimentacion Globular					
81	VIH Anticuerpo					
TOTAL PARTIDA 21C				\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL DELEGACIÓN DELICIAS		\$ 721,259.54	\$ 1,803,148.84	\$ -	\$ -	\$ -

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal _____

[Handwritten signature and initials]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION CUAUTÉMOC	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
1D	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RESONANCIAS	\$ 610,966.27	\$ 1,527,415.68			
1	ANGIORESONANCIA					
2	COLANGIORESONANCIA					
3	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA					
4	RESONANCIA MAGNETICA 1 REGION					
5	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES					
6	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES					
7	VENOESONANCIA CON TIEMPO DE VUELO					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
9	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE					
TOTAL PARTIDA 1D				\$ -	\$ -	\$ -
2D	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL TOMOGRAFIA	\$ 218,570.59	\$ 546,426.47			
1	TOMOGRAFIA DE 1 REGION					
2	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES					
3	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES					
4	UROTOMOGRAFIA					
5	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO					
6	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL					
7	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
TOTAL PARTIDA 2D				\$ -	\$ -	\$ -
3D	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL USG	\$ 482,538.15	\$ 1,206,345.38			
1	USG ENDOVAGINAL					
2	ULTRASONIDO					
3	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO					
4	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO					
TOTAL PARTIDA 3D				\$ -	\$ -	\$ -
5D	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RAYOS X	\$ 420,258.37	\$ 1,050,645.94			
1	ABDOMEN AP Y DECUBITO (SIMPLE DE ABDOMEN)					
2	ABDOMEN AP Y ERECTO (BIPEDESTACION)					
3	ABDOMEN EN PROYECCION LATERAL					
4	ABDOMEN TANGENCIAL					
5	ANTEBRAZO DERECHO AP Y LAT					
6	ANTEBRAZO IZQUIERDO AP Y LAT					
7	ANTEVERSION DE CUELLO FEMORAL					
8	ARTICULACION SACROILIACAS BILATERAL					
9	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR COMPARATIVO (2 PROYECCIONES)					
10	CADERA BILATERAL (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					
11	CADERA DERECHA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					
12	CADERA IZQUIERDA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CUAUTÉMOC	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
13	CALCANEO BILATERAL AXIAL Y LAT					
14	CALCANEO DERECHO AXIAL Y LAT					
15	CALCANEO IZQUIERDO AXIAL Y LAT					
16	CARA ARCO CIGOMATICO					
17	CARA MALAR AMBOS					
18	CARA ORBITA AMBAS					
19	CARA PERFILOGRAMA					
20	CEFALOPELVIMETRIA (AP Y LAT)					
21	CODO PA Y LATERAL DERECHO					
22	CODO PA Y LATERAL IZQUIERDO					
23	COLUMNA CERVICAL AP Y LATERAL					
24	COLUMNA CERVICAL AXIS, ATLAS Y TRANS ORAL					
25	COLUMNA CERVICAL DINAMICAS (FLEXION Y EXTENSIO)					
26	COLUMNA CERVICAL OBLICUA					
27	COLUMNA DORSAL AP, LATERAL Y OBLICUA					
28	COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL					
29	COLUMNA LUMBAR OBLICUA					
30	COLUMNA LUMBOSACRA COMPLETA (AP, LAT Y OBLICUAS)					
31	COLUMNA LUMBOSACRA DINAMICAS (FLEXION Y EXTENSION)					
32	COLUMNA LUMBOSACRA-PROYECCION DE FERGUSON					
33	COLUMNA SACROCOXIGEIA AP Y LATERAL					
34	CRANEO AP Y LATERAL					
35	CRANEO PROYECCION DE TOWNE (FOSA POSTERIOR)					
36	EDAD OSEA					
37	ESCAPULA LADO DERECHO AP Y LATERAL					
38	ESCÁPULA LADO IZQUIERDO AP Y LATERAL					
39	ESTERNON EN 2 POSICIONES OBLICUA Y AP					
40	FEMUR AP Y LATERAL (AMBOS)					
41	FEMUR AP Y LATERAL DERECHO					
42	FEMUR AP Y LATERAL IZQUIERDO					
43	HOMBRO ACROMIO CLAVICULAR DERECHO					
44	HOMBRO ACROMIO CLAVICULAR IZQUIERDO					
45	HOMBRO DERECHO AP Y OBLICUA					
46	HOMBRO DERECHO PROYECCION EN Y					
47	HOMBRO IZQUIERDO AP Y OBLICUA					
48	HOMBRO IZQUIERDO PROYECCION EN Y					
49	HUMERO AP Y LATERAL DERECHO					
50	HUMERO AP Y LATERAL IZQUIERDO					
51	MANO ANULAR AP Y LATERAL					
52	MANO AP Y OBLICUA DERECHO					
53	MANO AP Y OBLICUA IZQUIERDO					
54	MANO INDICE AP Y LATERAL					
55	MANO MEDIANO AP Y LATERAL					
56	MANO MEÑIQUE AP Y LATERAL					
57	MANO PULGAR AP Y LATERAL					
58	MEDICION MIEMBROS INFERIORES PROYECCION TRIFOCAL FARILL					
59	MUÑECA DORSOPALMAR CON DESVIACION CUBITAL (HUESO ESCAFOIDES)					
60	MUÑECA PA Y LATERAL DERECHO					
61	MUÑECA PA Y LATERAL IZQUIERDO					
62	PELVIS AP					
63	PELVIS EN AP Y LAT					
64	PELVIS EN POSICION DE RANA					
65	PELVIS ENTRADA Y SALIDA					
66	PIE AP Y LATERAL (AMBOS)					
67	PIE AP Y LATERAL DERECHO					
68	PIE AP Y LATERAL IZQUIERDO					
69	PIE AP Y OBLICUA AMBOS					
70	PIE AP Y OBLICUA DERECHO					
71	PIE AP Y OBLICUA IZQUIERDO					
72	PIE EN APOYO AMBOS					
73	PIE EN APOYO DERECHO					

93

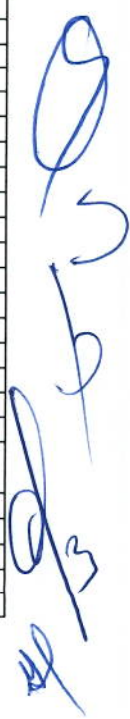
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION CUAUTÉMOC	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
74	PIEN EN APOYO IZQUIERDO					
75	PIERNA AP Y LAT DERECHO (TIBIA Y PERONE)					
76	PIERNA AP Y LAT IZQUIERDO (TIBIA Y PERONE)					
77	PIERNA AP Y LATERAL (AMBAS)					
78	RODILLA BILATERAL AP Y LAT					
79	RODILLA COMPARATIVA CON TANGENCIALES					
80	RODILLA DERECHA AP Y LAT					
81	RODILLA IZQUIERDA AP Y LAT					
82	SEÑOS PARANASALES (WATERS Y LATERAL)					
83	SERIE CARDIACA					
84	SERIE OSEA METASTASICA.					
85	SILLA TURCA AP Y LATERAL					
86	TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO EN LATERAL (ADEDROIDES)					
87	TOBILLO BILATERAL AP Y LAT					
88	TOBILLO CON ESTRES UNILATERAL DE LADO DERECHO					
89	TOBILLO CON ESTRES UNILATERAL DE LADO IZQUIERDO					
90	TOBILLO DERECHO AP Y LAT					
91	TOBILLO IZQUIERDO AP Y LAT					
92	TORAX PA Y LATERAL (TELE DE TORAX)					
93	TORAX APICAL					
94	TORAX OSEO AP Y OBLICUAS					
TOTAL PARTIDA 5D				\$ -	\$ -	\$ -
6D	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS	\$ 226,265.42	\$ 565,663.56			
1	MAMOGRAFIA (CUALQUIER LADO)					
2	MAMOGRAFIA BILATERAL					
3	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA					
TOTAL PARTIDA 6D				\$ -	\$ -	\$ -
21D	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 691,228.75	\$ 1,728,071.87			
1	Acido Urico					
2	Alfa Feto Proteina					
3	Amilasa Sérica					
4	Amonio Serico					
5	Antibiograma General					
6	Anticuerpos Anti Helicobacter Pylori IgG e IgM					
7	Antiestreptolisina O (ASLO)					
8	Antígeno Carcinoembrionario					
9	Antígeno Prostático Especifico					
10	Antígeno Prostático Fracción Libre					
11	BAAR en Expectoración Seriado (3 Muestras)					
12	Baciloscopia de Expectoración					
13	Bilirrubinas Totales (BT, BD y BI)					
14	Biometria Hemática					
15	CA 125					
16	CA 15-3					
17	CA 19-9					
18	Calcio Sérico					
19	Cinetica de Hierro (Ferritina, Transferrina, Hierro total y Captación de Hierro)					
20	Coombs Directo					
21	Coombs Indirecto					
22	Coprológico					
23	Coproparasitoscópico Seriado (3 muestras)					
24	Cortisol Sérico					



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo
 electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CUAUTÉMOC	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
25	Covid-19 Antígeno (Prueba Rápida Nasofaríngea)					
26	Cultivo de Expectoración					
27	Cultivo de Heces					
28	Cultivo de Herida					
29	Cultivo de Líquido de Diálisis					
30	Cultivo de Orina					
31	Cultivo Faringeo					
32	Cultivo Nasal					
33	Cultivo Nasofaríngeo					
34	Cultivo Vaginal					
35	Curva de Tolerancia a la Glucosa 2 horas (Muestra basal, infusión de 75 gr Glucosa, muestras a los 60, 90 y 120 min.)					
36	Depuración de Creatinina en Orina de 24 horas					
37	Deshidrogenasa Láctica Sérica (DHL)					
38	Dímero D					
39	Electrolitos Séricos (Cloro, Sodio y Potasio)					
40	Enzimas Cardíacas (DHL, TGO, TGP, CK total y Fracción MB)					
41	Eosinófilos en Moco Nasal					
42	Espermatobioscopia					
43	Examen General de Orina					
44	Factor Reumatoide					
45	Fósforo Sérico					
46	Gasometría Venosa					
47	Glucosa Sérica					
48	Gonadotropina Coriónica Fracción B					
49	Grupo Sanguíneo y Factor Rh					
50	Hemoglobina Glucosilada (HB A1C)					
51	Hepatitis "A" Anticuerpo					
52	Hepatitis "B" Anticuerpo					
53	Hepatitis "C" Anticuerpo					
54	Hormona Foliculo Estimulante (F.S.H.)					
55	Inmunoglobulina E. (IgE Serica)					
56	Insulina Sérica					
57	Lipasa Sérica					
58	Magnesio Sérico					
59	Peptido Citrulinado Cíclico					
60	Perfil de Lípidos Básico (Triglicéridos y Colesterol Total)					
61	Perfil de Lípidos Completo (LDL, HDL, VLDL, Triglicéridos y Colesterol)					
62	Perfil de TORCH IgG e IgM (Ac. Anti Toxoplasma, Anti Rubeola, Anti Citomegalovirus, Anti Herpes I y II)					
63	Perfil Hormonal Ginecológico (LH, FSH, Prolactina, Progesterona, Estradiol, Testosterona total)					
64	Perfil Tiroideo (TSH, T3, T4, T3 Libre, T4 Libre)					
65	Prolactina Sérica					
66	Proteína C Reactiva Cardíaca					
67	Proteínas Totales en Suero					
68	Prueba de Embarazo en Suero					
69	Pruebas de Funcionamiento Hepático (PT, A, G, Relación A-G, BT, BD y BI; TGP, TGO, GGT, DHL. F. Alcalina)					
70	Química Sanguínea de 5 Elementos (Glucosa, Urea, Creatinina, BUN y Ácido Úrico)					
71	Reacciones Febriles					
72	Reticulocitos					



**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"**

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CUAUTÉMOC	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
73	Sangre Oculta en Heces					
74	Testosterona Libre y Total					
75	Tiempo de Protombina (TP)					
76	Tiempo de Trombina					
77	Tiempo Parcial de Tromboplastina (TPT)					
78	Transaminasas (TGO Y TGP)					
79	VDRL					
80	Velocidad de Sedimentacion Globular					
81	VIH Anticuerpo					
TOTAL PARTIDA 21D				\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC		\$ 2,649,827.57	\$ 6,624,568.91	\$ -	\$ -	\$ -

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION HIDALGO DEL PARRAL	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
1E	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RESONANCIAS	\$ 196,790.36	\$ 491,975.90			
1	ANGIORESONANCIA					
2	COLANGIORESONANCIA					
3	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA					
4	RESONANCIA MAGNETICA 1 REGION					
5	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES					
6	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES					
7	VENORESONANCIA CON TIEMPO DE VUELO					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
9	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE					
TOTAL PARTIDA 1E				\$ -	\$ -	\$ -
2E	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL TOMOGRAFIA	\$ 546,939.05	\$ 1,367,347.63			
1	TOMOGRAFIA DE 1 REGION					
2	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES					
3	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES					
4	UROTOMOGRAFIA					
5	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO					
6	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL					
7	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
TOTAL PARTIDA 2E				\$ -	\$ -	\$ -
3E	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL USG	\$ 353,402.26	\$ 883,505.65			
1	USG ENDOVAGINAL					
2	ULTRASONIDO					
3	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO					
4	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO					
TOTAL PARTIDA 3E				\$ -	\$ -	\$ -
5E	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RAYOS X	\$ 464,038.33	\$ 1,160,095.81			
1	ABDOMEN AP Y DECUBITO (SIMPLE DE ABDOMEN)					
2	ABDOMEN AP Y ERECTO (BIPEDESTACION)					
3	ABDOMEN EN PROYECCION LATERAL					
4	ABDOMEN TANGENCIAL					
5	ANTEBRAZO DERECHO AP Y LAT					
6	ANTEBRAZO IZQUIERDO AP Y LAT					
7	ANTEVERSION DE CUELLO FEMORAL					
8	ARTICULACION SACROILIACAS BILATERAL					
9	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR COMPARATIVO (2 PROYECCIONES)					
10	CADERA BILATERAL (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					
11	CADERA DERECHA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					
12	CADERA IZQUIERDA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION HIDALGO DEL PARRAL	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
13	CALCANEO BILATERAL AXIAL Y LAT					
14	CALCANEO DERECHO AXIAL Y LAT					
15	CALCANEO IZQUIERDO AXIAL Y LAT					
16	CARA ARCO CIGOMATICO					
17	CARA MALAR AMBOS					
18	CARA ORBITA AMBAS					
19	CARA PERFILGRAMA					
20	CEFALOPELVIMETRIA (AP Y LAT)					
21	CODO PA Y LATERAL DERECHO					
22	CODO PA Y LATERAL IZQUIERDO					
23	COLUMNA CERVICAL AP Y LATERAL					
24	COLUMNA CERVICAL AXIS, ATLAS Y TRANS ORAL					
25	COLUMNA CERVICAL DINAMICAS (FLEXION Y EXTENSIO)					
26	COLUMNA CERVICAL OBLICUA					
27	COLUMNA DORSAL AP, LATERAL Y OBLICUA					
28	COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL					
29	COLUMNA LUMBAR OBLICUA					
30	COLUMNA LUMBOSACRA COMPLETA (AP, LAT Y OBLICUAS)					
31	COLUMNA LUMBOSACRA DINAMICAS (FLEXION Y EXTENSION)					
32	COLUMNA LUMBOSACRA-PROYECCION DE FERGUSON					
33	COLUMNA SACROCOXIGEIA AP Y LATERAL					
34	CRANEO AP Y LATERAL					
35	CRANEO PROYECCION DE TOWNE (FOSA POSTERIOR)					
36	EDAD OSEA					
37	ESCAPULA LADO DERECHO AP Y LATERAL					
38	ESCÁPULA LADO IZQUIERDO AP Y LATERAL					
39	ESTERNON EN 2 POSICIONES OBLICUA Y AP					
40	FEMUR AP Y LATERAL (AMBOS)					
41	FEMUR AP Y LATERAL DERECHO					
42	FEMUR AP Y LATERAL IZQUIERDO					
43	HOMBRO ACROMIO CLAVICULAR DERECHO					
44	HOMBRO ACROMIO CLAVICULAR IZQUIERDO					
45	HOMBRO DERECHO AP Y OBLICUA					
46	HOMBRO DERECHO PROYECCION EN Y					
47	HOMBRO IZQUIERDO AP Y OBLICUA					
48	HOMBRO IZQUIERDO PROYECCION EN Y					
49	HUMERO AP Y LATERAL DERECHO					
50	HUMERO AP Y LATERAL IZQUIERDO					
51	MANO ANULAR AP Y LATERAL					
52	MANO AP Y OBLICUA DERECHO					
53	MANO AP Y OBLICUA IZQUIERDO					
54	MANO INDICE AP Y LATERAL					
55	MANO MEDIANO AP Y LATERAL					
56	MANO MEÑIQUE AP Y LATERAL					
57	MANO PULGAR AP Y LATERAL					
58	MEDICION MIEMBROS INFERIORES PROYECCION TRIFOCAL FARILL					
59	MUÑECA DORSOPALMAR CON DESVIACION CUBITAL (HUESO ESCAFOIDES)					
60	MUÑECA PA Y LATERAL DERECHO					
61	MUÑECA PA Y LATERAL IZQUIERDO					
62	PELVIS AP					
63	PELVIS EN AP Y LAT					
64	PELVIS EN POSICION DE RANA					
65	PELVIS ENTRADA Y SALIDA					
66	PIE AP Y LATERAL (AMBOS)					
67	PIE AP Y LATERAL DERECHO					
68	PIE AP Y LATERAL IZQUIERDO					
69	PIE AP Y OBLICUA AMBOS					
70	PIE AP Y OBLICUA DERECHO					
71	PIE AP Y OBLICUA IZQUIERDO					
72	PIE EN APOYO AMBOS					
73	PIE EN APOYO DERECHO					

Handwritten signature and initials:
A large blue signature is written vertically on the right side of the page.
Below it, the initials "AP/3" are written in blue ink.

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION HIDALGO DEL PARRAL	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
74	PIEN EN APOYO IZQUIERDO					
75	PIERNA AP Y LAT DERECHO (TIBIA Y PERONE)					
76	PIERNA AP Y LAT IZQUIERDO (TIBIA Y PERONE)					
77	PIERNA AP Y LATERAL (AMBAS)					
78	RODILLA BILATERAL AP Y LAT					
79	RODILLA COMPARATIVA CON TANGENCIALES					
80	RODILLA DERECHA AP Y LAT					
81	RODILLA IZQUIERDA AP Y LAT					
82	SENOS PARANASALES (WATERS Y LATERAL)					
83	SERIE CARDIACA					
84	SERIE OSEA METASTASICA.					
85	SILLA TURCA AP Y LATERAL					
86	TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO EN LATERAL (ADEDROIDES)					
87	TOBILLO BILATERAL AP Y LAT					
88	TOBILLO CON ESTRES UNILATERAL DE LADO DERECHO					
89	TOBILLO CON ESTRES UNILATERAL DE LADO IZQUIERDO					
90	TOBILLO DERECHO AP Y LAT					
91	TOBILLO IZQUIERDO AP Y LAT					
92	TORAX PA Y LATERAL (TELE DE TORAX)					
93	TORAX APICAL					
94	TORAX OSEO AP Y OBLICUAS					
95	COLON POR ENEMA DE BARIO					
96	CISTOGRAFIA DINAMICA (MICCIONAL Y REFLUJO)					
97	CISTOURETROGRAFIA DINAMICA (MICCIÓN)					
98	UROGRAFIA EXCRETORA DESCENDENTE CON PLACA DE PIE					
99	UROGRAFIA EXCRETORA PARA HIPERTENSION ARTERIAL DISTEMATICA					
100	HISTEROSALGINGOGRAFIA					
TOTAL PARTIDA 5E				\$ -	\$ -	\$ -
6E	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS	\$ 263,799.12	\$ 659,497.79			
1	MAMOGRAFÍA (CUALQUIER LADO)					
2	MAMOGRAFIA BILATERAL					
3	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA					
TOTAL PARTIDA 5E				\$ -	\$ -	\$ -
7A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: DENSITOMETRIA	\$ 74,575.14	\$ 186,437.86			
1	ESTUDIO DENSITOMETRICO DE DOS REGIONES					
2	ESTUDIO DENSITOMETRICO DE UNA REGION					
TOTAL PARTIDA 7E				\$ -	\$ -	\$ -
9A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO DE CARDIOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 296,509.32	\$ 741,273.31			
1	ECOCARDIOGRAMA					
TOTAL PARTIDA 9E				\$ -	\$ -	\$ -
10A	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: ELECTROMIOGRAFIAS	\$ 17,524.58	\$ 43,811.46			
1	EMG DE UNA EXTREMIDAD					
2	EMG DE UNA EXTREMIDAD CON VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN					
3	EMG DE DOS EXTREMIDADES					
4	EMG DE DOS EXTREMIDADES CON VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN					



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION HIDALGO DEL PARRAL	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
5	EMG DE CUATRO EXTREMIDADES					
6	EMG DE CUATRO EXTREMIDADES CON VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN					
7	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS					
8	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES					
TOTAL PARTIDA 10E				\$ -	\$ -	\$ -
17E	ENDODONCIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 33,704.12	\$ 84,260.31			
1	ENDODONCIA COMPLETA (INCLUYE RAYOS X Y MATERIAL)					
2	CONSULTA ENDODÓNTICA (INCLUYE RXS, PRUEBAS TERMICAS Y VALORACION)					
3	ENDODONCIA EN 2 SESIONES, DIAGNOSTICO DE NECROSIS Y ABCESO PERIAPICAL O TRACTO SINUOSO (FISTULA)					
TOTAL PARTIDA 17E				\$ -	\$ -	\$ -
18E	PERIODONCIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 137,241.72	\$ 343,104.30			
1	RADIOGRAFIA PERIAPICAL					
2	DETARTRAJE POR CUADRANTE					
3	CURETAJE POR CUADRANTE					
4	DRENAJE POR ABCESO					
5	CONSULTA					
TOTAL PARTIDA 18E				\$ -	\$ -	\$ -
21E	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 1,922,423.07	\$ 4,806,057.67			
1	Acido Urico					
2	Alfa Feto Proteina					
3	Amilasa Sérica					
4	Amonio Serico					
5	Antibiograma General					
6	Anticuerpos Anti Helicobacter Pylori IgG e IgM					
7	Antiestreptolisina O (ASLO)					
8	Antígeno Carcinoembrionario					
9	Antígeno Prostático Especifico					
10	Antígeno Prostático Fracción Libre					
11	BAAR en Expectoración Seriado (3 Muestras)					
12	Baciloscopia de Expectoración					
13	Bilirrubinas Totales (BT, BD y BI)					
14	Biometria Hemática					
15	CA 125					
16	CA 15-3					
17	CA 19-9					
18	Calcio Sérico					
19	Cinetica de Hierro (Ferritina, Transferrina, Hierro total y Captación de Hierro)					
20	Coombs Directo					
21	Coombs Indirecto					
22	Coprológico					
23	Coproparasitológico Seriado (3 muestras)					
24	Cortisol Sérico					
25	Covid-19 Antígeno (Prueba Rápida Nasofaríngea)					
26	Cultivo de Expectoración					
27	Cultivo de Heces					



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION HIDALGO DEL PARRAL	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
28	Cultivo de Herida					
29	Cultivo de Liquido de Diálisis					
30	Cultivo de Orina					
31	Cultivo Faringeo					
32	Cultivo Nasal					
33	Cultivo Nasofaringeo					
34	Cultivo Vaginal					
35	Curva de Tolerancia a la Glucosa 2 horas (Muestra basal, infusión de 75 gr Glucosa, muestras a los 60, 90 y 120 min.)					
36	Depuración de Creatinina en Orina de 24 horas					
37	Deshidrogenasa Lactica Sérica (DHL)					
38	Dímero D					
39	Electrolitos Séricos (Cloro, Sodio y Potasio)					
40	Enzimas Cardiacas (DHL, TGO, TGP, CK total y Fracción MB)					
41	Eosinofilos en Moco Nasal					
42	Espermatobioscopia					
43	Examen General de Orina					
44	Factor Reumatoide					
45	Fósforo Sérico					
46	Gasometría Venosa					
47	Glucosa Sérica					
48	Gonadotropina Coriónica Fracción B					
49	Grupo Sanguineo y Factor Rh					
50	Hemoglobina Glucosilada (HB A1C)					
51	Hepatitis "A" Anticuerpo					
52	Hepatitis "B" Anticuerpo					
53	Hepatitis "C" Anticuerpo					
54	Hormona Folículo Estimulante (F.S.H.)					
55	Inmunoglobulina E. (IgE Serica)					
56	Insulina Sérica					
57	Lipasa Sérica					
58	Magnesio Sérico					
59	Peptido Citrulinado Ciclico					
60	Perfil de Lípidos Basico (Triglicéridos y Colesterol Total)					
61	Perfil de Lípidos Completo (LDL, HDL, VLDL, Triglicéridos y Colesterol)					
62	Perfil de TORCH IgG e IgM (Ac. Anti Toxoplasma, Anti Rubeola, Anti Citomegalovirus, Anti Herpes I y II)					
63	Perfil Hormonal Ginecológico (LH, FSH, Prolactina, Progesterona, Estradiol, Testosterona total)					
64	Perfil Tiroideo (TSH, T3, T4, T3 Libre, T4 Libre)					
65	Prolactina Sérica					
66	Proteina C Reactiva Cardiacas					
67	Proteinas Totales en Suero					
68	Prueba de Embarazo en Suero					
69	Pruebas de Funcionamiento Hepático (PT, A, G, Relacion A-G, BT, BD y B); TGP, TGO, GGT, DHL. F. Alcalina)					
70	Química Sanguinea de 5 Elementos (Glucosa, Urea, Creatinina, BUN y Acido Urico)					
71	Reacciones Febriles					
72	Reticulocitos					
73	Sangre Oculta en Heces					
74	Testosterona Libre y Total					
75	Tiempo de Protombina (TP)					

[Handwritten signature and initials]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION HIDALGO DEL PARRAL	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
76	Tiempo de Trombina					
77	Tiempo Parcial de Tromboplastina (TPT)					
78	Transaminasas (TGO Y TGP)					
79	VDRL					
80	Velocidad de Sedimentacion Globular					
81	VIH Anticuerpo					
TOTAL PARTIDA 21E				\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL DELEGACIÓN HIDALGO DEL PARRAL		\$ 4,306,947.08	\$ 10,767,367.70	\$ -	\$ -	\$ -

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal _____

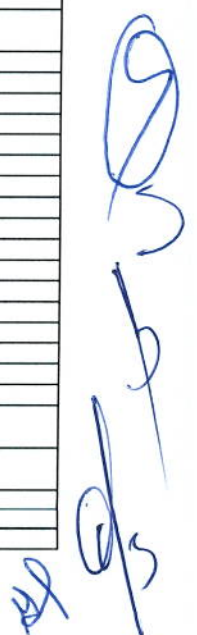
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION NUEVO CASAS GRANDES	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
2F	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL TOMOGRAFIA	114,679.98	286,699.94			
1	TOMOGRAFIA DE 1 REGION					
2	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES					
3	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES					
4	UROTOMOGRAFIA					
5	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO					
6	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL					
7	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
TOTAL PARTIDA 2F				\$ -	\$ -	\$ -
3F	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL USG	279,973.10	699,932.76			
1	USG ENDOVAGINAL					
2	ULTRASONIDO					
3	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO					
4	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO					
TOTAL PARTIDA 3F				\$ -	\$ -	\$ -
5F	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RAYOS X	368,330.11	920,825.28			
1	ABDOMEN AP Y DECUBITO (SIMPLE DE ABDOMEN)					
2	ABDOMEN AP Y ERECTO (BIPEDESTACION)					
3	ABDOMEN EN PROYECCION LATERAL					
4	ABDOMEN TANGENCIAL					
5	ANTEBRAZO DERECHO AP Y LAT					
6	ANTEBRAZO IZQUIERDO AP Y LAT					
7	ANTEVERSION DE CUELLO FEMORAL					
8	ARTICULACION SACROILIACAS BILATERAL					
9	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR COMPARATIVO (2 PROYECCIONES)					
10	CADERA BILATERAL (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					
11	CADERA DERECHA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					
12	CADERA IZQUIERDA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					
13	CALCANEOS BILATERAL AXIAL Y LAT					
14	CALCANEOS DERECHO AXIAL Y LAT					
15	CALCANEOS IZQUIERDO AXIAL Y LAT					
16	CARA ARCO CIGOMATICO					
17	CARA MALAR AMBOS					
18	CARA ORBITA AMBAS					
19	CARA PERFILOGRAMA					
20	CEFALOPELVIMETRIA (AP Y LAT)					
21	CODO PA Y LATERAL DERECHO					
22	CODO PA Y LATERAL IZQUIERDO					
23	COLUMNA CERVICAL AP Y LATERAL					
24	COLUMNA CERVICAL AXIS, ATLAS Y TRANS ORAL					
25	COLUMNA CERVICAL DINAMICAS (FLEXION Y EXTENSIO)					
26	COLUMNA CERVICAL OBLICUA					
27	COLUMNA DORSAL AP, LATERAL Y OBLICUA					
28	COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL					
29	COLUMNA LUMBAR OBLICUA					
30	COLUMNA LUMBOSACRA COMPLETA (AP, LAT Y OBLICUAS)					
31	COLUMNA LUMBOSACRA DINAMICAS (FLEXION Y EXTENSION)					
32	COLUMNA LUMBOSACRA-PROYECCION DE FERGUSON					
33	COLUMNA SACROCOXIGEAS AP Y LATERAL					
34	CRANEO AP Y LATERAL					



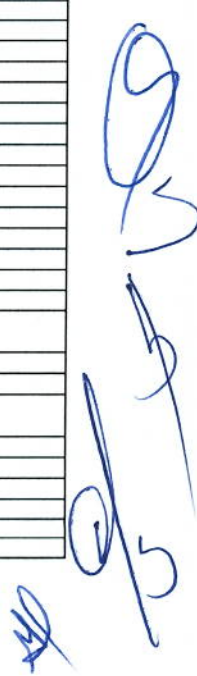
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION NUEVO CASAS GRANDES	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
35	CRANEO PROYECCION DE TOWNE (FOSA POSTERIOR)					
36	EDAD OSEA					
37	ESCAPULA LADO DERECHO AP Y LATERAL					
38	ESCÁPULA LADO IZQUIERDO AP Y LATERAL					
39	ESTERNON EN 2 POSICIONES OBLICUA Y AP					
40	FEMUR AP Y LATERAL (AMBOS)					
41	FEMUR AP Y LATERAL DERECHO					
42	FEMUR AP Y LATERAL IZQUIERDO					
43	HOMBRO ACROMIO CLAVICULAR DERECHO					
44	HOMBRO ACROMIO CLAVICULAR IZQUIERDO					
45	HOMBRO DERECHO AP Y OBLICUA					
46	HOMBRO DERECHO PROYECCION EN Y					
47	HOMBRO IZQUIERDO AP Y OBLICUA					
48	HOMBRO IZQUIERDO PROYECCION EN Y					
49	HUMERO AP Y LATERAL DERECHO					
50	HUMERO AP Y LATERAL IZQUIERDO					
51	MANO ANULAR AP Y LATERAL					
52	MANO AP Y OBLICUA DERECHO					
53	MANO AP Y OBLICUA IZQUIERDO					
54	MANO INDICE AP Y LATERAL					
55	MANO MEDIANO AP Y LATERAL					
56	MANO MENIQUE AP Y LATERAL					
57	MANO PULGAR AP Y LATERAL					
58	MEDICION MIEMBROS INFERIORES PROYECCION TRIFOCAL FARILL					
59	MUÑECA DORSOPALMAR CON DESVIACION CUBITAL (HUESO ESCAFOIDES)					
60	MUÑECA PA Y LATERAL DERECHO					
61	MUÑECA PA Y LATERAL IZQUIERDO					
62	PELVIS AP					
63	PELVIS EN AP Y LAT					
64	PELVIS EN POSICION DE RANA					
65	PELVIS ENTRADA Y SALIDA					
66	PIE AP Y LATERAL (AMBOS)					
67	PIE AP Y LATERAL DERECHO					
68	PIE AP Y LATERAL IZQUIERDO					
69	PIE AP Y OBLICUA AMBOS					
70	PIE AP Y OBLICUA DERECHO					
71	PIE AP Y OBLICUA IZQUIERDO					
72	PIE EN APOYO AMBOS					
73	PIE EN APOYO DERECHO					
74	PIEN EN APOYO IZQUIERDO					
75	PIERNA AP Y LAT DERECHO (TIBIA Y PERONE)					
76	PIERNA AP Y LAT IZQUIERDO (TIBIA Y PERONE)					
77	PIERNA AP Y LATERAL (AMBAS)					
78	RODILLA BILATERAL AP Y LAT					
79	RODILLA COMPARATIVA CON TANGENCIALES					
80	RODILLA DERECHA AP Y LAT					
81	RODILLA IZQUIERDA AP Y LAT					
82	SENOS PARANASALES (WATERS Y LATERAL)					
83	SERIE CARDIACA					
84	SERIE OSEA METASTASICA.					
85	SILLA TURCA AP Y LATERAL					
86	TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO EN LATERAL (ADEDROIDES)					
87	TOBILLO BILATERAL AP Y LAT					
88	TOBILLO CON ESTRES UNILATERAL DE LADO DERECHO					
89	TOBILLO CON ESTRES UNILATERAL DE LADO IZQUIERDO					
90	TOBILLO DERECHO AP Y LAT					
91	TOBILLO IZQUIERDO AP Y LAT					
92	TORAX PA Y LATERAL (TELE DE TORAX)					
93	TORAX APICAL					
94	TORAX OSEO AP Y OBLICUAS					
95	COLON POR ENEMA DE BARIO					



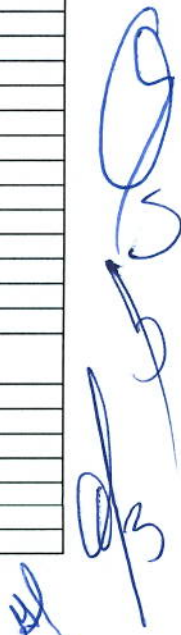
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo
 electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION NUEVO CASAS GRANDES	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
98	UROGRAFIA EXCRETORA DESCENDENTE CON PLACA DE PIE					
100	HISTEROSALGINGOGRAFIA					
TOTAL PARTIDA 5F				\$ -	\$ -	\$ -
6F	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS	35,099.54	87,748.86			
1	MAMOGRAFIA (CUALQUIER LADO)					
2	MAMOGRAFIA BILATERAL					
3	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA					
TOTAL PARTIDA 6F				\$ -	\$ -	\$ -
21F	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	829,474.50	2,073,686.25			
1	Acido Urico					
2	Alfa Feto Proteina					
3	Amilasa Sérica					
4	Amonio Serico					
5	Antibiograma General					
6	Anticuerpos Anti Helicobacter Pylori IgG e IgM					
7	Antiestreptolisina O (ASLO)					
8	Antígeno Carcinoembrionario					
9	Antígeno Prostático Especifico					
10	Antígeno Prostático Fracción Libre					
11	BAAR en Expectoración Seriado (3 Muestras)					
12	Bilirrubinas Totales (BT, BD y BI)					
13	Biometria Hemática					
14	CA 125					
15	CA 15-3					
16	CA 19-9					
17	Calcio Sérico					
18	Cinetica de Hierro (Ferritina, Transferrina, Hierro total y Captación de Hierro)					
19	Coombs Directo					
20	Coombs Indirecto					
21	Coprológico					
22	Coproparasitoscópico Seriado (3 muestras)					
23	Cortisol Sérico					
24	Covid-19 Antígeno (Prueba Rápida Nasofaríngea)					
25	Cultivo de Expectoración					
26	Cultivo de Heces					
27	Cultivo de Herida					
28	Cultivo de Liquido de Diálisis					
29	Cultivo de Orina					
30	Cultivo Faringeo					
31	Cultivo Nasal					
32	Cultivo Nasofaringeo					
33	Cultivo Vaginal					
34	Curva de Tolerancia a la Glucosa 2 horas (Muestra basal, infusión de 75 gr Glucosa, muestras a los 60, 90 y 120 min.)					
35	Depuración de Creatinina en Orina de 24 horas					
36	Deshidrogenasa Lactica Sérica (DHL)					
37	Dímero D					
38	Electrolitos Séricos (Cloro, Sodio y Potasio)					
39	Enzimas Cardiacas (DHL, TGO, TGP, CK total y Fracción MB)					
40	Eosinofilos en Moco Nasal					
41	Espermatobioscopia					



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION NUEVO CASAS GRANDES	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
42	Examen General de Orina					
43	Factor Reumatoide					
44	Fósforo Sérico					
45	Gasometría Venosa					
46	Glucosa Sérica					
47	Gonadotropina Coriónica Fracción B					
48	Grupo Sanguíneo y Factor Rh					
49	Hemoglobina Glucosilada (HB A1C)					
50	Hepatitis "A" Anticuerpo					
51	Hepatitis "B" Anticuerpo					
52	Hepatitis "C" Anticuerpo					
53	Hormona Foliculo Estimulante (F.S.H.)					
54	Inmunoglobulina E. (IgE Serica)					
55	Insulina Sérica					
56	Lipasa Sérica					
57	Magnesio Sérico					
58	Peptido Citrulinado Ciclico					
59	Perfil de Lípidos Basico (Triglicéridos y Colesterol Total)					
60	Perfil de Lípidos Completo (LDL, HDL, VLDL, Triglicéridos y Colesterol)					
61	Perfil de TORCH IgG e IgM (Ac. Anti Toxoplasma, Anti Rubeola, Anti Citomegalovirus, Anti Herpes I y II)					
62	Perfil Hormonal Ginecológico (LH, FSH, Prolactina, Progesterona, Estradiol, Testosterona total)					
63	Perfil Tiroideo (TSH, T3, T4, T3 Libre, T4 Libre)					
64	Prolactina Sérica					
65	Proteína C Reactiva Cardíaca					
66	Proteínas Totales en Suero					
67	Prueba de Embarazo en Suero					
68	Pruebas de Funcionamiento Hepático (PT, A, G, Relacion A-G, BT, BD y BI; TGP, TGO, GGT, DHL. F. Alcalina)					
69	Química Sanguínea de 5 Elementos (Glucosa, Urea, Creatinina, BUN y Acido Urico)					
70	Reacciones Febriles					
71	Reticulocitos					
72	Sangre Oculta en Heces					
73	Testosterona Libre y Total					
74	Tiempo de Protombina (TP)					
75	Tiempo de Trombina					
76	Tiempo Parcial de Tromboplastina (TPT)					
77	Transaminasas (TGO Y TGP)					
78	VDRL					
79	Velocidad de Sedimentacion Globular					
80	VIH Anticuerpo					
TOTAL PARTIDA 21F				\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL DELEGACIÓN NUEVO CASAS GRANDES		\$ 1,627,557.24	\$ 4,068,893.09	\$ -	\$ -	\$ -

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal _____



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CAMARGO	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
1G	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RESONANCIAS	\$ 33,633.60	\$ 84,084.00			
1	RESONANCIA MAGNETICA 1 REGION					
2	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES					
3	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES					
4	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
5	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE					
TOTAL PARTIDA 1G				\$ -	\$ -	\$ -
2G	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL TOMOGRAFIA	\$ 42,966.00	\$ 107,415.00			
1	TOMOGRAFIA DE 1 REGION					
2	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES					
3	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES					
4	UROTOMOGRAFIA					
5	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO					
6	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL					
7	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL					
8	PROCEDIMIENTO CON SEDACION					
TOTAL PARTIDA 2G				\$ -	\$ -	\$ -
3G	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL USG	\$ 100,974.72	\$ 252,436.80			
1	USG ENDOVAGINAL					
2	ULTRASONIDO					
3	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO					
4	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO					
TOTAL PARTIDA 3G				\$ -	\$ -	\$ -
5G	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RAYOS X	\$ 284,573.52	\$ 711,433.80			
1	ABDOMEN AP Y DECUBITO (SIMPLE DE ABDOMEN)					
2	ABDOMEN AP Y ERECTO (BIPEDESTACION)					
3	ABDOMEN EN PROYECCION LATERAL					
4	ABDOMEN TANGENCIAL					
5	ANTEBRAZO DERECHO AP Y LAT					
6	ANTEBRAZO IZQUIERDO AP Y LAT					
7	ANTEVERSION DE CUELLO FEMORAL					
8	ARTICULACION SACROILIACAS BILATERAL					
9	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR COMPARATIVO (2 PROYECCIONES)					
10	CADERA BILATERAL (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					
11	CADERA DERECHA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					
12	CADERA IZQUIERDA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)					
13	CALCANEOS BILATERAL AXIAL Y LAT					
14	CALCANEOS DERECHO AXIAL Y LAT					
15	CALCANEOS IZQUIERDO AXIAL Y LAT					
16	CARA ARCO CIGOMATICO					
17	CARA MALAR AMBOS					
18	CARA ORBITA AMBAS					
19	CARA PERFILOGRAMA					
20	CEFALOPELVIMETRIA (AP Y LAT)					
21	CODO PA Y LATERAL DERECHO					
22	CODO PA Y LATERAL IZQUIERDO					
23	COLUMNA CERVICAL AP Y LATERAL					
24	COLUMNA CERVICAL AXIS, ATLAS Y TRANS ORAL					
25	COLUMNA CERVICAL DINAMICAS (FLEXION Y EXTENSIO)					
26	COLUMNA CERVICAL OBLICUA					
27	COLUMNA DORSAL AP, LATERAL Y OBLICUA					

[Handwritten signature and initials in blue ink]

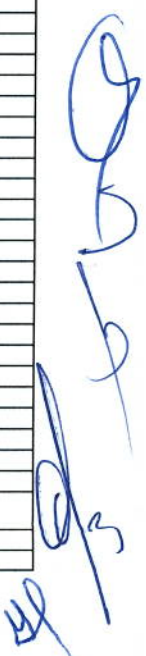
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CAMARGO	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
28	COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL					
29	COLUMNA LUMBAR OBLICUA					
30	COLUMNA LUMBOSACRA COMPLETA (AP, LAT Y OBLICUAS)					
31	COLUMNA LUMBOSACRA DINAMICAS (FLEXION Y EXTENSION)					
32	COLUMNA LUMBOSACRA-PROYECCION DE FERGUSON					
33	COLUMNA SACROCOXIGEA AP Y LATERAL					
34	CRANEO AP Y LATERAL					
35	CRANEO PROYECCION DE TOWNE (FOSA POSTERIOR)					
36	EDAD OSEA					
37	ESCAPULA LADO DERECHO AP Y LATERAL					
38	ESCAPULA LADO IZQUIERDO AP Y LATERAL					
39	ESTERNON EN 2 POSICIONES OBLICUA Y AP					
40	FEMUR AP Y LATERAL (AMBOS)					
41	FEMUR AP Y LATERAL DERECHO					
42	FEMUR AP Y LATERAL IZQUIERDO					
43	HOMBRO ACROMIO CLAVICULAR DERECHO					
44	HOMBRO ACROMIO CLAVICULAR IZQUIERDO					
45	HOMBRO DERECHO AP Y OBLICUA					
46	HOMBRO DERECHO PROYECCION EN Y					
47	HOMBRO IZQUIERDO AP Y OBLICUA					
48	HOMBRO IZQUIERDO PROYECCION EN Y					
49	HUMERO AP Y LATERAL DERECHO					
50	HUMERO AP Y LATERAL IZQUIERDO					
51	MANO ANULAR AP Y LATERAL					
52	MANO AP Y OBLICUA DERECHO					
53	MANO AP Y OBLICUA IZQUIERDO					
54	MANO INDICE AP Y LATERAL					
55	MANO MEDIANO AP Y LATERAL					
56	MANO MENIQUE AP Y LATERAL					
57	MANO PULGAR AP Y LATERAL					
58	MEDICION MIEMBROS INFERIORES PROYECCION TRIFOCAL FARILL					
59	MUÑECA DORSOPALMAR CON DESVIACION CUBITAL (HUESO ESCAFOIDES)					
60	MUÑECA PA Y LATERAL DERECHO					
61	MUÑECA PA Y LATERAL IZQUIERDO					
62	PELVIS AP					
63	PELVIS EN AP Y LAT					
64	PELVIS EN POSICION DE RANA					
65	PELVIS ENTRADA Y SALIDA					
66	PIE AP Y LATERAL (AMBOS)					
67	PIE AP Y LATERAL DERECHO					
68	PIE AP Y LATERAL IZQUIERDO					
69	PIE AP Y OBLICUA AMBOS					
70	PIE AP Y OBLICUA DERECHO					
71	PIE AP Y OBLICUA IZQUIERDO					
72	PIE EN APOYO AMBOS					
73	PIE EN APOYO DERECHO					
74	PIEN EN APOYO IZQUIERDO					
75	PIERNA AP Y LAT DERECHO (TIBIA Y PERONE)					
76	PIERNA AP Y LAT IZQUIERDO (TIBIA Y PERONE)					
77	PIERNA AP Y LATERAL (AMBAS)					
78	RODILLA BILATERAL AP Y LAT					
79	RODILLA COMPARATIVA CON TANGENCIALES					
80	RODILLA DERECHA AP Y LAT					
81	RODILLA IZQUIERDA AP Y LAT					
82	SENOS PARANASALES (WATERS Y LATERAL)					
83	SERIE CARDIACA					
84	SERIE OSEA METASTASICA					
85	SILLA TURCA AP Y LATERAL					
86	TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO EN LATERAL (ADEDROIDES)					
87	TOBILLO BILATERAL AP Y LAT					
88	TOBILLO CON ESTRES UNILATERAL DE LADO DERECHO					



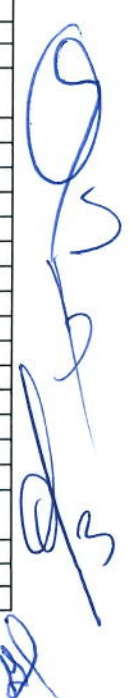
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo
 electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION CAMARGO	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
89	TOBILLO CON ESTRES UNILATERAL DE LADO IZQUIERDO					
90	TOBILLO DERECHO AP Y LAT					
91	TOBILLO IZQUIERDO AP Y LAT					
92	TORAX PA Y LATERAL (TELE DE TORAX)					
93	TORAX APICAL					
94	TORAX OSEO AP Y OBLICUAS					
TOTAL PARTIDA 5G				\$ -	\$ -	\$ -
6G	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS	\$ 35,855.82	\$ 89,639.55			
1	MAMOGRAFÍA (CUALQUIER LADO)					
2	MAMOGRAFIA BILATERAL					
3	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA					
TOTAL PARTIDA 6G				\$ -	\$ -	\$ -
21G	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 475,387.62	\$ 1,188,469.05			
1	Acido Urico					
2	Alfa Feto Proteina					
3	Amilasa Sérica					
4	Amonio Serico					
5	Antibiograma General					
6	Anticuerpos Anti Helicobacter Pylori IgG e IgM					
7	Antiestreptolisina O (ASLO)					
8	Antígeno Carcinoembrionario					
9	Antígeno Prostático Especifico					
10	Antígeno Prostático Fracción Libre					
11	BAAR en Expectoración Seriado (3 Muestras)					
12	Baciloscopia de Expectoración					
13	Bilirrubinas Totales (BT, BD y BI)					
14	Biometria Hemática					
15	CA 125					
16	CA 15-3					
17	CA 19-9					
18	Calcio Sérico					
19	Cinetica de Hierro (Ferritina, Transferrina, Hierro total y Captación de Hierro)					
20	Coombs Directo					
21	Coombs Indirecto					
22	Coprológico					
23	Coproparasitoscópico Seriado (3 muestras)					
24	Cortisol Sérico					
25	Covid-19 Antígeno (Prueba Rápida Nasofaríngea)					
26	Cultivo de Expectoración					
27	Cultivo de Heces					
28	Cultivo de Herida					
29	Cultivo de Líquido de Diálisis					
30	Cultivo de Orina					
31	Cultivo Faringeo					
32	Cultivo Nasal					
33	Cultivo Nasofaríngeo					
34	Cultivo Vaginal					
35	Curva de Tolerancia a la Glucosa 2 horas (Muestra basal, infusión de 75 gr Glucosa, muestras a los 60, 90 y 120 min.)					
36	Depuración de Creatinina en Orina de 24 horas					
37	Deshidrogenasa Lactica Sérica (DHL)					
38	Dímero D					



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION CAMARGO	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
39	Electrolitos Séricos (Cloro, Sodio y Potasio)					
40	Enzimas Cardiacas (DHL, TGO, TGP, CK total y Fracción MB)					
41	Eosinofilos en Moco Nasal					
42	Espermatobioscopia					
43	Examen General de Orina					
44	Factor Reumatoide					
45	Fósforo Sérico					
46	Gasometría Venosa					
47	Glucosa Sérica					
48	Gonadotropina Coriónica Fracción B					
49	Grupo Sanguineo y Factor Rh					
50	Hemoglobina Glucosilada (HB A1C)					
51	Hepatitis "A" Anticuerpo					
52	Hepatitis "B" Anticuerpo					
53	Hepatitis "C" Anticuerpo					
54	Hormona Folículo Estimulante (F.S.H.)					
55	Inmunoglobulina E. (IgE Serica)					
56	Insulina Sérica					
57	Lipasa Sérica					
58	Magnesio Sérico					
59	Peptido Citrulinado Ciclico					
60	Perfil de Lípidos Basico (Triglicéridos y Colesterol Total)					
61	Perfil de Lípidos Completo (LDL, HDL, VLDL, Triglicéridos y Colesterol)					
62	Perfil de TORCH IgG e IgM (Ac. Anti Toxoplasma, Anti Rubeola, Anti Citomegalovirus, Anti Herpes I y II)					
63	Perfil Hormonal Ginecológico (LH, FSH, Prolactina, Progesterona, Estradiol, Testosterona total)					
64	Perfil Tiroideo (TSH, T3, T4, T3 Libre, T4 Libre)					
65	Prolactina Sérica					
66	Proteina C Reactiva Cardiaca					
67	Proteinas Totales en Suero					
68	Prueba de Embarazo en Suero					
69	Pruebas de Funcionamiento Hepático (PT, A, G, Relacion A-G, BT, BD y BI; TGP, TGO, GGT, DHL. F. Alcalina)					
70	Química Sanguinea de 5 Elementos (Glucosa, Urea, Creatinina, BUN y Acido Urico)					
71	Reacciones Febriles					
72	Reticulocitos					
73	Sangre Oculta en Heces					
74	Testosterona Libre y Total					
75	Tiempo de Protombina (TP)					
76	Tiempo de Trombina					
77	Tiempo Parcial de Tromboplastina (TPT)					
78	Transaminasas (TGO Y TGP)					
79	VDRL					
80	Velocidad de Sedimentacion Globular					
81	VIH Anticuerpo					
TOTAL PARTIDA 21G				\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL DELEGACIÓN CAMARGO		\$ 973,391.28	\$ 2,433,478.20	\$ -	\$ -	\$ -

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal _____



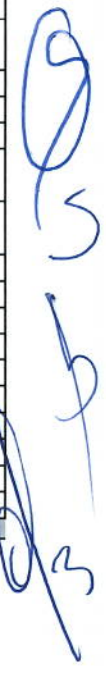
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo
 electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION JIMÉNEZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
21H	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 101,643.87	\$ 254,109.68			
1	Acido Urico					
2	Antiestreptolisina O (ASLO)					
3	Antígeno Prostático Especifico					
4	BAAR en Expectoración Seriado (3 Muestras)					
5	Bilirrubinas Totales (BT, BD y BI)					
6	Biometría Hemática					
7	Coombs Directo					
8	Coombs Indirecto					
9	Coprológico					
10	Coproparasitoscópico Seriado (3 muestras)					
11	Cultivo de Heces					
12	Cultivo de Orina					
13	Cultivo Nasofaringeo					
14	Cultivo Vaginal					
15	Depuración de Creatinina en Orina de 24 horas					
16	Deshidrogenasa Lactica Sérica (DHL)					
17	Electrolitos Séricos (Cloro, Sodio y Potasio)					
18	Enzimas Cardiacas (DHL, TGO, TGP, CK total y Fracción MB)					
19	Eosinofilos en Moco Nasal					
20	Espermatobioscopia					
21	Examen General de Orina					
22	Factor Reumatoide					
23	Glucosa Sérica					
24	Gonadotropina Coriónica Fracción B					
25	Grupo Sanguineo y Factor Rh					
26	Hemoglobina Glucosilada (HB A1C)					
27	Perfil de Lípidos Basico (Triglicéridos y Colesterol Total)					
28	Perfil de Lípidos Completo (LDL, HDL, VLDL, Triglicéridos y Colesterol)					
29	Proteina C Reactiva					
30	Proteinas Totales en Suero					
31	Prueba de Embarazo en Suero					
32	Pruebas de Funcionamiento Hepático (PT, A, G, Relacion A-G, BT, BD y BI; TGP, TGO, GGT, DHL, F. Alcalina)					
33	Química Sanguinea de 5 Elementos (Glucosa, Urea, Creatinina, BUN y Acido Urico)					
34	Reacciones Febriles					
35	Reticulocitos					
36	Sangre Oculta en Heces					
37	Tiempo de Protombina (TP)					
38	Tiempo Parcial de Tromboplastina					
39	Transaminasas (TGO Y TGP)					
40	VDRL					
41	Velocidad de Sedimentacion Globular					
42	VIH Anticuerpo					
43	Perfil Tiroideo (TSH, T3, T4, T3 Libre, T4 Libre)					
	TOTAL DELEGACIÓN JIMÉNEZ	\$ 101,643.87	\$ 254,109.68	\$ -	\$ -	\$ -



"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electrónico: _____

PARTIDA	DELEGACION JIMÉNEZ	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
---------	--------------------	-----------------	-----------------	-------------------	-----	-------

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal

[Handwritten signature and scribbles]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION OJINAGA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
211	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	\$ 101,643.87	\$ 254,109.68			
1	Acido Urico					
2	Antiestreptolisina O (ASLO)					
3	Antígeno Prostático Específico					
4	BAAR en Expectoración Seriado (3 Muestras)					
5	Bilirrubinas Totales (BT, BD y BI)					
6	Biometria Hemática					
7	Coombs Directo					
8	Coombs Indirecto					
9	Coprológico					
10	Coproparasitoscópico Seriado (3 muestras)					
11	Cultivo de Heces					
12	Cultivo de Orina					
13	Cultivo Nasofaringeo					
14	Cultivo Vaginal					
15	Depuración de Creatinina en Orina de 24 horas					
16	Deshidrogenasa Lactica Sérica (DHL)					
17	Electrolitos Séricos (Cloro, Sodio y Potasio)					
18	Enzimas Cardiacas (DHL, TGO, TGP, CK total y Fracción MB)					
19	Eosinofilos en Moco Nasal					
20	Espermatobioscopía					
21	Examen General de Orina					
22	Factor Reumatoide					
23	Glucosa Sérica					
24	Gonadotropina Coriónica Fracción B					
25	Grupo Sanguineo y Factor Rh					
26	Hemoglobina Glucosilada (HB A1C)					
27	Perfil de Lípidos Basico (Triglicéridos y Colesterol Total)					
28	Perfil de Lípidos Completo (LDL, HDL, VLDL, Triglicéridos y Colesterol)					
29	Proteina C Reactiva					
30	Proteinas Totales en Suero					
31	Prueba de Embarazo en Suero					
32	Pruebas de Funcionamiento Hepático (PT, A, G, Relacion A-G, BT, BD y BI; TGP, TGO, GGT, DHL, F. Alcalina)					
33	Química Sanguinea de 5 Elementos (Glucosa, Urea, Creatinina, BUN y Acido Urico)					
34	Reacciones Febriles					
35	Reticulocitos					
36	Sangre Oculta en Heces					
37	Tiempo de Protombina (TP)					
38	Tiempo Parcial de Tromboplastina					
39	Transaminasas (TGO Y TGP)					
40	VDRL					
41	Velocidad de Sedimentacion Globular					
42	VIH Anticuerpo					
43	Perfil Tiroideo (TSH, T3, T4, T3 Libre, T4 Libre)					
TOTAL PARTIDA 211				\$ -	\$ -	\$ -
TOTAL DELEGACIÓN OJINAGA		\$ 101,643.87	\$ 254,109.68	\$ -	\$ -	\$ -

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'S' and 'B'.

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____
Correo
electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION OJINAGA	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
---------	--------------------	--------------	--------------	----------------	-----	-------

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal

[Handwritten signature and initials in blue ink]

"PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS EN INSTALACIONES DEL PROVEEDOR"
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
SERVICIO SUBROGADOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR
ANEXO 1-B "PROPUESTA ECONÓMICA"

Fecha: _____

DATOS DEL PROVEEDOR:

 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Telefono: _____
 Correo electronico: _____

PARTIDA	DELEGACION GUACHOCHI	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	COSTO UNITARIO	IVA	TOTAL
21J	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR	101,643.87	254,109.68			
1	Acido Urico					
2	Antiestreptolisina O (ASLO)					
3	Antígeno Prostático Específico					
4	BAAR en Expectoración Seriado (3 Muestras)					
5	Bilirrubinas Totales (BT, BD y BI)					
6	Biometria Hemática					
7	Coombs Directo					
8	Coombs Indirecto					
9	Coprológico					
10	Coproparasitoscópico Seriado (3 muestras)					
11	Cultivo de Heces					
12	Cultivo de Orina					
13	Cultivo Nasofaringeo					
14	Cultivo Vaginal					
15	Deshidrogenasa Lactica Sérica (DHL)					
16	Electrolitos Séricos (Cloro, Sodio y Potasio)					
17	Enzimas Cardiacas (DHL, TGO, TGP, CK total y Fracción MB)					
18	Eosinofilos en Moco Nasal					
19	Examen General de Orina					
20	Factor Reumatoide					
21	Glucosa Sérica					
22	Gonadotropina Coriónica Fracción B					
23	Grupo Sanguineo y Factor Rh					
24	Hemoglobina Glucosilada (HB A1C)					
25	Perfil de Lípidos Basico (Triglicéridos y Colesterol Total)					
26	Perfil de Lípidos Completo (LDL, HDL, VLDL, Triglicéridos y Colesterol)					
27	Proteina C Reactiva					
28	Proteinas Totales en Suero					
29	Prueba de Embarazo en Suero					
30	Pruebas de Funcionamiento Hepático (PT, A, G, Relacion A-G, BT, BD y BI; TGP, TGO, GGT, DHL. F. Alcalina)					
31	Química Sanguinea de 5 Elementos (Glucosa, Urea, Creatinina, BUN y Acido Urico)					
32	Reacciones Febriles					
33	Reticulocitos					
34	Sangre Oculta en Heces					
35	Tiempo de Protombina (TP)					
36	Tiempo Parcial de Tromboplastina					
37	Transaminasas (TGO Y TGP)					
38	VDRL					
39	Velocidad de Sedimentacion Globular					
40	VIH Anticuerpo					
41	Perfil Tiroideo (TSH, T3, T4, T3 Libre, T4 Libre)					
	TOTAL DELEGACIÓN GUACHOCHI	\$ 101,643.87	\$ 254,109.68	\$ -	\$ -	\$ -

Nombre y firma del Proveedor y/o Representante Legal

