

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE													
OFERTA DEL LICITANTE													
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE CON S/UNO	CANTIDAD (Dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	OBSERVACIONES
PARTIDA POR GRUPO													
1A			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: RESONANCIA	\$ 126,433.30	\$ 316,083.47							SE ADJUDICA
	1	4.3.0.104	SOLICITADO POR PCE	ANGIORESONANCIA				1					
	2	4.3.0.105	SOLICITADO POR PCE	COLANGIORESONANCIA				1					
	3	4.3.0.106	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE 1 REGION				47					
	4	4.3.0.107	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES				1					
	5	4.3.0.108	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES				1					
	6	4.3.0.109	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA				1					
	7	4.3.0.110	SOLICITADO POR PCE	VENORESONANCIA CON TIEMPO DE VUELO				1					
	8	7.0.0.7	SOLICITADO POR PCE	PROCEDIMIENTO DE SEDACION R				30					
	9	4.0.0.6	SOLICITADO POR PCE	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE				2					
1A		CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: RESONANCIA			NO					\$ 172,192.89	NO SE ADJUDICA, NO CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS POR LA CONVOCANTE EN LA DOCUMENTACIÓN FINANCIERA, TODA VEZ QUE NO PRESENTA BALANZA DE COMPROBACION DEL 01 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 Y DEL 01 DE ENERO DE 2025 AL 30 DE OCTUBRE DE 2025.
	1	4.3.0.104	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	ANGIORESONANCIA				1	\$ 3,059.44	\$ 489.51	\$ 3,548.95	\$ 3,059.44	
	2	4.3.0.105	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	COLANGIORESONANCIA				1	\$ 2,205.00	\$ 352.80	\$ 2,557.80	\$ 2,205.00	
	3	4.3.0.106	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 1 REGION				47	\$ 2,205.00	\$ 352.80	\$ 2,557.80	\$ 103,635.00	
	4	4.3.0.107	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES				1	\$ 3,307.50	\$ 529.20	\$ 3,836.70	\$ 3,307.50	
	5	4.3.0.108	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES				1	\$ 2,205.00	\$ 352.80	\$ 2,557.80	\$ 2,205.00	
	6	4.3.0.109	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA				1	\$ 4,410.00	\$ 705.60	\$ 5,115.60	\$ 4,410.00	
	7	4.3.0.110	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	VENORESONANCIA CON TIEMPO DE VUELO				1	\$ 2,976.75	\$ 476.28	\$ 3,453.03	\$ 2,976.75	
	8	7.0.0.7	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO DE SEDACION R				30	\$ 1,554.11	\$ 248.66	\$ 1,802.76	\$ 46,623.15	
	9	4.0.0.6	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE				2	\$ 1,885.53	\$ 301.68	\$ 2,187.21	\$ 3,771.05	
1A		SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: RESONANCIA			NO					\$ 198,263.57	NO SE ADJUDICA, NO CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS POR LA CONVOCANTE EN LA DOCUMENTACIÓN FINANCIERA, TODA VEZ QUE NO PRESENTA BALANZA DE COMPROBACION DEL 01 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 Y DEL 01 DE ENERO DE 2025 AL 30 DE OCTUBRE DE 2025, ASI COMO LA DECLARACION MENSUAL PRESENTADA ANTE EL S.A.T.
	1	4.3.0.104	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	ANGIORESONANCIA				1	\$ 2,500.00	\$ 400.00	\$ 2,900.00	\$ 2,500.00	
	2	4.3.0.105	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	COLANGIORESONANCIA				1	\$ 2,500.00	\$ 400.00	\$ 2,900.00	\$ 2,500.00	
	3	4.3.0.106	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 1 REGION				47	\$ 2,155.17	\$ 344.83	\$ 2,500.00	\$ 101,292.99	

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE OFERTA DEL LICITANTE													
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/NO	CANTIDAD (dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	OBSERVACIONES
	4	4.3.0.107	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES				1	\$ 3,620.69	\$ 579.31	\$ 4,200.00	\$ 3,620.69	
	5	4.3.0.108	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES				1	\$ 4,950.00	\$ 792.00	\$ 5,742.00	\$ 4,950.00	
	6	4.3.0.109	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA				1	\$ 7,327.59	\$ 1,172.41	\$ 8,500.00	\$ 7,327.59	
	7	4.3.0.110	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	VENORESONANCIA CON TIEMPO DE VUELO				1	\$ 2,500.00	\$ 400.00	\$ 2,900.00	\$ 2,500.00	
	8	7.0.0.7	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO DE SEDACION R				30	\$ 2,422.41	\$ 387.59	\$ 2,810.00	\$ 72,672.30	
	9	4.0.0.6	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE				2	\$ 450.00	\$ 72.00	\$ 522.00	\$ 900.00	
1A		SWISSLAB, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: RESONANCIA				SI					\$ 158,004.38	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE Y SER EL PRECIO MAS BAJO.
	1	4.3.0.104	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	ANGIORESONANCIA				1	\$ 2,768.06	\$ 442.89	\$ 3,210.95	\$ 2,768.06	
	2	4.3.0.105	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	COLANGIORESONANCIA				1	\$ 1,995.00	\$ 319.20	\$ 2,314.20	\$ 1,995.00	
	3	4.3.0.106	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 1 REGION				47	\$ 1,995.00	\$ 319.20	\$ 2,314.20	\$ 93,765.00	
	4	4.3.0.107	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES				1	\$ 3,118.50	\$ 498.96	\$ 3,617.46	\$ 3,118.50	
	5	4.3.0.108	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES				1	\$ 4,158.00	\$ 665.28	\$ 4,823.28	\$ 4,158.00	
	6	4.3.0.109	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA				1	\$ 1,995.00	\$ 319.20	\$ 2,314.20	\$ 1,995.00	
	7	4.3.0.110	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	VENORESONANCIA CON TIEMPO DE VUELO				1	\$ 2,693.25	\$ 430.92	\$ 3,124.17	\$ 2,693.25	
	8	7.0.0.7	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO DE SEDACION R				30	\$ 1,465.20	\$ 234.43	\$ 1,699.63	\$ 43,956.00	
	9	4.0.0.6	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE				2	\$ 1,777.78	\$ 284.45	\$ 2,062.23	\$ 3,555.57	
1D		SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: RESONANCIA			\$ 522,044.63	\$ 1,305,111.57						SE ADJUDICA
	1	4.0.0.6	SOLICITADO POR PCE	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE				12					
	2	4.3.0.104	SOLICITADO POR PCE	ANGIORESONANCIA				2					
	3	4.3.0.105	SOLICITADO POR PCE	COLANGIORESONANCIA				1					
	4	4.3.0.106	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE 1 REGION				108					
	5	4.3.0.107	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES				12					
	6	4.3.0.108	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES				1					
	7	4.3.0.109	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA				1					
	8	7.0.0.7	SOLICITADO POR PCE	PROCEDIMIENTOS CON SEDACION R				7					
1D		SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: RESONANCIA				SI					\$ 831,282.52	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE Y SER UNICO PRECIO OFERTADO.
	1	4.0.0.6	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE				12	\$ 1,974.78	\$ 315.96	\$ 2,290.74	\$ 23,697.36	
	2	4.3.0.104	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	ANGIORESONANCIA				2	\$ 7,831.69	\$ 1,253.07	\$ 9,084.76	\$ 15,663.39	
	3	4.3.0.105	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	COLANGIORESONANCIA				1	\$ 5,821.30	\$ 931.41	\$ 6,752.70	\$ 5,821.30	
	4	4.3.0.106	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 1 REGION				108	\$ 5,821.30	\$ 931.41	\$ 6,752.70	\$ 628,700.12	
	5	4.3.0.107	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES				12	\$ 8,814.33	\$ 1,410.29	\$ 10,224.62	\$ 105,771.94	
	6	4.3.0.108	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE 3 REGIONES				1	\$ 10,873.75	\$ 1,739.80	\$ 12,613.55	\$ 10,873.75	
	7	4.3.0.109	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA				1	\$ 5,821.31	\$ 931.41	\$ 6,752.72	\$ 5,821.31	

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE OFERTA DEL LICITANTE												OBSERVACIONES	
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/NO	CANTIDAD (dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	
	8	7.0.07	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTOS CON SEDACION R				7	\$ 4,990.48	\$ 798.48	\$ 5,788.96	\$ 34,933.36	
1E			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: RESONANCIA	\$ 300,705.98	\$ 751,767.44							SE ADJUDICA
		4.0.0.6	SOLICITADO POR PCE	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE				27					
		4.3.0.104	SOLICITADO POR PCE	ANGIORESONANCIA				1					
		4.3.0.105	SOLICITADO POR PCE	COLANGIORESONANCIA				1					
		4.3.0.106	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE 1 REGION				91					
		4.3.0.107	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES				12					
		4.3.0.109	SOLICITADO POR PCE	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA				2					
		7.0.0.7	SOLICITADO POR PCE	PROCEDIMIENTO DE SEDACION R				2					
1E			MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: RESONANCIA			SI					\$ 573,400.00	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE Y SER EL ÚNICO PRECIO OFERTADO.
		4.0.0.6	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE				27	\$ 1,200.00	\$ 192.00	\$ 1,392.00	\$ 32,400.00	
		4.3.0.104	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	ANGIORESONANCIA				1	\$ 6,900.00	\$ 1,104.00	\$ 8,004.00	\$ 6,900.00	
		4.3.0.105	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	COLANGIORESONANCIA				1	\$ 6,000.00	\$ 960.00	\$ 6,960.00	\$ 6,000.00	
		4.3.0.106	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	RESONANCIA MAGNETICA DE 1 REGION				91	\$ 4,500.00	\$ 720.00	\$ 5,220.00	\$ 409,500.00	
		4.3.0.107	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	RESONANCIA MAGNETICA DE 2 REGIONES				12	\$ 8,300.00	\$ 1,328.00	\$ 9,628.00	\$ 99,600.00	
		4.3.0.109	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA				2	\$ 6,000.00	\$ 960.00	\$ 6,960.00	\$ 12,000.00	
		7.0.0.7	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	PROCEDIMIENTO DE SEDACION R				2	\$ 3,500.00	\$ 560.00	\$ 4,060.00	\$ 7,000.00	
2A		Clave	SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA	\$ 25,577.50	\$ 63,943.74							SE ADJUDICA
1		4.0.0.3	SOLICITADO POR PCE	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO				2					
2		4.0.0.4	SOLICITADO POR PCE	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL				1					
3		4.0.0.5	SOLICITADO POR PCE	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL				1					
4		4.1.0.54	SOLICITADO POR PCE	UROTOMOGRAFIA				2					
5		4.1.0.100	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 1 REGION				11					
6		4.1.0.101	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				3					
7		4.1.0.102	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES				1					
8		7.0.0.8	SOLICITADO POR PCE	PROCEDIMIENTO CON SEDACION T				13					
2A			CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA			NO					\$ 52,401.24	NO SE ADJUDICA, NO CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS POR LA CONVOCANTE EN LA DOCUMENTACIÓN FINANCIERA, TODA VEZ QUE NO PRESENTA BALANZA DE COMPROBACION DEL 01 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 Y DEL 01 DE ENERO DE 2025 AL 30 DE OCTUBRE DE 2025.
1		4.0.0.3	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO				2	\$ 1,444.22	\$ 231.08	\$ 1,675.30	\$ 2,888.45	
2		4.0.0.4	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL				1	\$ 496.13	\$ 79.38	\$ 575.51	\$ 496.13	
3		4.0.0.5	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL				1	\$ 1,101.40	\$ 176.22	\$ 1,277.62	\$ 1,101.40	
4		4.1.0.54	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	UROTOMOGRAFIA				2	\$ 1,421.12	\$ 227.38	\$ 1,648.50	\$ 2,842.25	
5		4.1.0.100	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	TOMOGRAFIA DE 1 REGION				11	\$ 1,421.12	\$ 227.38	\$ 1,648.50	\$ 15,632.35	
6		4.1.0.101	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				3	\$ 2,131.69	\$ 341.07	\$ 2,472.76	\$ 6,995.07	
7		4.1.0.102	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES				1	\$ 2,842.25	\$ 454.76	\$ 3,297.00	\$ 2,842.25	
8		7.0.0.8	CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO CON SEDACION T				13	\$ 1,554.11	\$ 248.66	\$ 1,802.76	\$ 20,203.37	

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE OFERTA DEL LICITANTE											OBSERVACIONES		
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/NO	CANTIDAD (dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	
2A			SWISSLAB, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA			SI					\$ 48,702.20	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE Y SER EL PRECIO MAS BAJO.
	1	4.0.0.3	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO				2	\$ 1,361.25	\$ 217.80	\$ 1,579.05	\$ 2,722.50	
	2	4.0.0.4	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL				1	\$ 467.78	\$ 74.84	\$ 542.62	\$ 467.78	
	3	4.0.0.5	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL				1	\$ 1,038.46	\$ 166.15	\$ 1,204.61	\$ 1,038.46	
	4	4.1.0.54	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	UROTOMOGRAFIA				2	\$ 1,285.78	\$ 205.72	\$ 1,491.50	\$ 2,571.56	
	5	4.1.0.100	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	TOMOGRAFIA DE 1 REGION				11	\$ 1,285.78	\$ 205.72	\$ 1,491.50	\$ 14,143.55	
	6	4.1.0.101	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				3	\$ 2,009.88	\$ 321.58	\$ 2,331.46	\$ 6,029.63	
	7	4.1.0.102	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES				1	\$ 2,679.83	\$ 428.77	\$ 3,108.60	\$ 2,679.83	
	8	7.0.0.8	SWISSLAB, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO CON SEDACION T				13	\$ 1,465.30	\$ 234.45	\$ 1,699.75	\$ 19,048.89	
2D			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA	\$ 233,684.87	\$ 584,212.18							SE ADJUDICA
	1	4.1.0.100	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 1 REGION				76					
	2	4.1.0.101	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				14					
	3	4.1.0.54	SOLICITADO POR PCE	UROTOMOGRAFIA				28					
	4	4.0.0.3	SOLICITADO POR PCE	APLICACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO				69					
	5	4.0.0.4	SOLICITADO POR PCE	APLICACION DE CONTRASTE ORAL				10					
	6	4.0.0.5	SOLICITADO POR PCE	APLICACION DE CONTRASTE RECTAL				3					
	7	7.0.0.8	SOLICITADO POR PCE	PROCEDIMIENTO CON SEDACION T				1					
2D			SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA			SI					\$ 433,358.18	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE Y SER UNICO PRECIO OFERTADO.
	1	4.1.0.100	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	TOMOGRAFIA DE 1 REGION				76	\$ 2,193.40	\$ 350.94	\$ 2,544.34	\$ 166,698.40	
	2	4.1.0.101	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				14	\$ 3,948.29	\$ 631.73	\$ 4,580.01	\$ 55,275.99	
	3	4.1.0.54	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	UROTOMOGRAFIA				28	\$ 2,193.40	\$ 350.94	\$ 2,544.34	\$ 61,415.20	
	4	4.0.0.3	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	APLICACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO				69	\$ 1,964.71	\$ 314.35	\$ 2,279.06	\$ 135,564.99	
	5	4.0.0.4	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	APLICACION DE CONTRASTE ORAL				10	\$ 705.43	\$ 112.87	\$ 818.30	\$ 7,054.30	
	6	4.0.0.5	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	APLICACION DE CONTRASTE RECTAL				3	\$ 1,167.17	\$ 186.75	\$ 1,353.91	\$ 3,501.50	
	7	7.0.0.8	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO CON SEDACION T				1	\$ 3,847.80	\$ 615.65	\$ 4,463.45	\$ 3,847.80	
2E			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA	\$ 282,016.66	\$ 705,041.64							SE ADJUDICA
	1	4.0.0.3	SOLICITADO POR PCE	APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO				51					
	2	4.0.0.4	SOLICITADO POR PCE	APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL				4					
	3	4.0.0.5	SOLICITADO POR PCE	APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL				1					
	4	4.1.0.54	SOLICITADO POR PCE	UROTOMOGRAFIA				24					
	5	4.1.0.100	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 1 REGION				76					
	6	4.1.0.101	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				19					
	7	4.1.0.102	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES				10					
	8	7.0.0.8	SOLICITADO POR PCE	PROCEDIMIENTO DE SEDACION T				2					

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE OFERTA DEL LICITANTE													
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/I/NO	CANTIDAD (dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	OBSERVACIONES
2E			DORA ELVA LOYA CHAVIRA	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA			NO					\$ 382,840.00	NO SE ADJUDICA, NO CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS POR LA CONVOCANTE EN LA DOCUMENTACIÓN FINANCIERA, TODA VEZ QUE NO ACREDITAR EL CAPITAL CONTABLE MÍNIMO DEL 20% RESPECTO A SU PROPUESTA ECONÓMICA.
1	4.0.0.3	DORA ELVA LOYA CHAVIRA		APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO				51	\$ 1,000.00	\$ 160.00	\$ 1,160.00	\$ 51,000.00	
2	4.0.0.4	DORA ELVA LOYA CHAVIRA		APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL				4	\$ 150.00	\$ 24.00	\$ 174.00	\$ 600.00	
3	4.0.0.5	DORA ELVA LOYA CHAVIRA		APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL				1	\$ 100.00	\$ 16.00	\$ 116.00	\$ 100.00	
4	4.1.0.54	DORA ELVA LOYA CHAVIRA		UROTOMOGRAFIA				24	\$ 4,200.00	\$ 672.00	\$ 4,872.00	\$ 100,800.00	
5	4.1.0.100	DORA ELVA LOYA CHAVIRA		TOMOGRAFIA DE 1 REGION				76	\$ 1,600.00	\$ 256.00	\$ 1,856.00	\$ 121,600.00	
6	4.1.0.101	DORA ELVA LOYA CHAVIRA		TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				19	\$ 3,000.00	\$ 480.00	\$ 3,480.00	\$ 57,000.00	
7	4.1.0.102	DORA ELVA LOYA CHAVIRA		TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES				10	\$ 4,674.00	\$ 747.84	\$ 5,421.84	\$ 46,740.00	
8	7.0.0.8	DORA ELVA LOYA CHAVIRA		PROCEDIMIENTO DE SEDACION T				2	\$ 2,500.00	\$ 400.00	\$ 2,900.00	\$ 5,000.00	
2E			MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA			SI					\$ 450,450.00	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE.
1	4.0.0.3	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ		APLICACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO				51	\$ 900.00	\$ 144.00	\$ 1,044.00	\$ 45,900.00	
2	4.0.0.4	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ		APLICACIÓN DE CONTRASTE ORAL				4	\$ 150.00	\$ 24.00	\$ 174.00	\$ 600.00	
3	4.0.0.5	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ		APLICACIÓN DE CONTRASTE RECTAL				1	\$ 150.00	\$ 24.00	\$ 174.00	\$ 150.00	
4	4.1.0.54	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ		UROTOMOGRAFIA				24	\$ 4,300.00	\$ 688.00	\$ 4,988.00	\$ 103,200.00	
5	4.1.0.100	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ		TOMOGRAFIA DE 1 REGION				76	\$ 2,100.00	\$ 336.00	\$ 2,436.00	\$ 159,600.00	
6	4.1.0.101	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ		TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				19	\$ 4,000.00	\$ 640.00	\$ 4,640.00	\$ 76,000.00	
7	4.1.0.102	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ		TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES				10	\$ 6,000.00	\$ 960.00	\$ 6,960.00	\$ 60,000.00	
8	7.0.0.8	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ		PROCEDIMIENTO DE SEDACION T				2	\$ 2,500.00	\$ 400.00	\$ 2,900.00	\$ 5,000.00	
2F			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA	\$ 69,810.83	\$ 174,526.58							NO SE ADJUDICA
1	4.1.0.100	SOLICITADO POR PCE		TOMOGRAFIA DE 1 REGION				18					
2	4.1.0.101	SOLICITADO POR PCE		TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				5					
3	4.1.0.102	SOLICITADO POR PCE		TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES				4					
4	4.1.0.54	SOLICITADO POR PCE		UROTOMOGRAFIA				2					
5	4.0.0.3	SOLICITADO POR PCE		APLICACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO				15					
6	4.0.0.4	SOLICITADO POR PCE		APLICACION DE CONTRASTE ORAL				1					
7	4.0.0.5	SOLICITADO POR PCE		APLICACION DE CONTRASTE RECTAL				1					
8	7.0.0.6	SOLICITADO POR PCE		PROCEDIMIENTO CON SEDACION				1					
2F			CLINICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOLOGIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA			NO					\$ 138,465.69	NO SE ADJUDICA, NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE EN LAS ESPECIFICACIONES DEL ANEXO A "PARTIDAS POR GRUPO" DE LA PROPUESTA TÉCNICA.
1	4.1.0.100	CLINICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.		TOMOGRAFIA DE 1 REGION				18	\$ 2,485.59	\$ 397.69	\$ 2,883.28	\$ 44,740.62	
2	4.1.0.101	CLINICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.		TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				5	\$ 4,225.50	\$ 676.08	\$ 4,901.58	\$ 21,127.50	
3	4.1.0.102	CLINICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.		TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES				4	\$ 7,183.36	\$ 1,149.34	\$ 8,332.69	\$ 28,733.44	
4	4.1.0.54	CLINICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.		UROTOMOGRAFIA				2	\$ 5,622.75	\$ 899.64	\$ 6,522.39	\$ 11,245.50	
5	4.0.0.3	CLINICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.		APLICACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO				15	\$ 1,636.11	\$ 261.78	\$ 1,897.89	\$ 24,541.65	
6	4.0.0.4	CLINICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.		APLICACION DE CONTRASTE ORAL				1	\$ 1,577.68	\$ 252.43	\$ 1,830.11	\$ 1,577.68	

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE OFERTA DEL LICITANTE													
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/I/NO	CANTIDAD (Dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	OBSERVACIONES
	7	4.0.05	CLÍNICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.	APLICACION DE CONTRASTE RECTAL				1	\$ 1,636.11	\$ 261.78	\$ 1,897.89	\$ 1,636.11	
	8	7.0.06	CLÍNICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.	PROCEDIMIENTO CON SEDACION				1	\$ 2,863.19	\$ 458.11	\$ 3,321.30	\$ 2,863.19	
2G		Clave	SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA	\$ 117,982.64	\$ 284,956.61							NO SE ADJUDICA
	1	4.0.0.3	SOLICITADO POR PCE	APLICACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO				25					
	2	4.0.0.4	SOLICITADO POR PCE	APLICACION DE CONTRASTE ORAL				4					
	3	4.0.0.5	SOLICITADO POR PCE	APLICACION DE CONTRASTE RECTAL				1					
	4	4.1.0.54	SOLICITADO POR PCE	UROTOMOGRAFIA				12					
	5	4.1.0.100	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 1 REGION				46					
	6	4.1.0.101	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				13					
	7	4.1.0.102	SOLICITADO POR PCE	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES				9					
	8	7.0.0.8	SOLICITADO POR PCE	PROCEDIMIENTO DE SEDACION T				1					
2G			ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA			NO					\$ 227,155.17	NO SE ADJUDICA, NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE EN LAS ESPECIFICACIONES DEL ANEXO A "PARTIDAS POR GRUPO" DE LA PROPUESTA TÉCNICA, ADEMÁS EN LA PROPUESTA FINANCIERA NO PRESENTA BALANZA DE COMPROBACIÓN DEL 01 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 Y DEL 01 DE ENERO DE 2025 AL 30 DE OCTUBRE DE 2025.
	1	4.0.0.3	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	APLICACION DE CONTRASTE INTRAVENOSO				25	\$ 775.86	\$ 124.14	\$ 900.00	\$ 19,396.55	
	2	4.0.0.4	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	APLICACION DE CONTRASTE ORAL				4	\$ 775.86	\$ 124.14	\$ 900.00	\$ 3,103.45	
	3	4.0.0.5	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	APLICACION DE CONTRASTE RECTAL				1	\$ 775.86	\$ 124.14	\$ 900.00	\$ 775.86	
	4	4.1.0.54	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	UROTOMOGRAFIA				12	\$ 2,155.17	\$ 344.83	\$ 2,500.00	\$ 25,862.07	
	5	4.1.0.100	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	TOMOGRAFIA DE 1 REGION				46	\$ 1,896.55	\$ 303.45	\$ 2,200.00	\$ 87,241.38	
	6	4.1.0.101	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	TOMOGRAFIA DE 2 REGIONES				13	\$ 3,534.48	\$ 565.52	\$ 4,100.00	\$ 45,948.28	
	7	4.1.0.102	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	TOMOGRAFIA DE 3 REGIONES				9	\$ 4,741.38	\$ 758.62	\$ 5,500.00	\$ 42,672.41	
	8	7.0.0.8	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	PROCEDIMIENTO DE SEDACION T				1	\$ 2,155.17	\$ 344.83	\$ 2,500.00	\$ 2,155.17	DESIERTA
2H			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: TOMOGRAFIA	\$ 17,319.74	\$ 43,299.36							SE ADJUDICA
3D			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG	\$ 370,054.61	\$ 925,136.52							
	1	4.6.0.73	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO				15					
	2	4.6.0.74	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO				10					
	3	4.6.0.75	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO ENDOVAGINAL				66					
	4	4.6.0.80	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO				495					
3D			SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTÉMOC, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG			SI					\$ 690,692.06	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE Y SER UNICO PRECIO OFERTADO.
	1	4.6.0.73	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTÉMOC, S.A. DE C.V.	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO				15	\$ 3,527.74	\$ 564.44	\$ 4,092.18	\$ 52,916.15	
	2	4.6.0.74	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTÉMOC, S.A. DE C.V.	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO				10	\$ 1,820.19	\$ 291.23	\$ 2,111.42	\$ 18,201.90	
	3	4.6.0.75	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTÉMOC, S.A. DE C.V.	ULTRASONIDO ENDOVAGINAL				66	\$ 1,104.41	\$ 176.71	\$ 1,281.12	\$ 72,891.06	
	4	4.6.0.80	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTÉMOC, S.A. DE C.V.	ULTRASONIDO				495	\$ 1,104.41	\$ 176.71	\$ 1,281.12	\$ 546,682.95	

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE OFERTA DEL LICITANTE											OBSERVACIONES		
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/NO	CANTIDAD (Dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	
3E			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG	\$ 344,291.69	\$ 860,729.23							SE ADJUDICA
	1	4.6.0.73	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO				49					
	2	4.6.0.74	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO				20					
	3	4.6.0.75	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO ENDOVAGINAL				125					
	4	4.6.0.80	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO				592					
3E			DORA ELVA LOYA CHAVIRA	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG			NO					\$ 598,300.00	NO SE ADJUDICA, NO CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS POR LA CONVOCANTE EN LA DOCUMENTACIÓN FINANCIERA, TODA VEZ QUE NO ACREDITAR EL CAPITAL CONTABLE MÍNIMO DEL 20% RESPECTO A SU PROPUESTA ECONOMICA.
	1	4.6.0.73	DORA ELVA LOYA CHAVIRA	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO				49	\$ 1,600.00	\$ 256.00	\$ 1,856.00	\$ 78,400.00	
	2	4.6.0.74	DORA ELVA LOYA CHAVIRA	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO				20	\$ 800.00	\$ 128.00	\$ 928.00	\$ 16,000.00	
	3	4.6.0.75	DORA ELVA LOYA CHAVIRA	ULTRASONIDO ENDOVAGINAL				125	\$ 700.00	\$ 112.00	\$ 812.00	\$ 87,500.00	
	4	4.6.0.80	DORA ELVA LOYA CHAVIRA	ULTRASONIDO				592	\$ 700.00	\$ 112.00	\$ 812.00	\$ 414,400.00	
3E			FUNDACIÓN DE BENEFICENCIA PRIVADA HOSPITAL DE JESÚS	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG			NO					\$ 426,630.47	NO SE ADJUDICA, NO CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS POR LA CONVOCANTE EN LA DOCUMENTACIÓN LEGAL Y FINANCIERA, TODA VEZ NO PRESENTA ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA Y COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA PERSONA FACULTADA PARA SUSCRIBIR LAS PROPUESTAS, ORIGINAL PARA COTEJO DEL ACTA CONSTITUTIVA Y PODER, CONSTANCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES EN EL SIEM Y LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL.
	1	4.6.0.73	FUNDACIÓN DE BENEFICENCIA PRIVADA HOSPITAL DE JESÚS	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO				49	\$ 775.66	\$ 124.14	\$ 900.00	\$ 38,017.14	
	2	4.6.0.74	FUNDACIÓN DE BENEFICENCIA PRIVADA HOSPITAL DE JESÚS	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO				20	\$ 456.55	\$ 73.05	\$ 529.60	\$ 9,131.00	
	3	4.6.0.75	FUNDACIÓN DE BENEFICENCIA PRIVADA HOSPITAL DE JESÚS	ULTRASONIDO ENDOVAGINAL				125	\$ 586.21	\$ 93.79	\$ 680.00	\$ 73,276.25	
	4	4.6.0.80	FUNDACIÓN DE BENEFICENCIA PRIVADA HOSPITAL DE JESÚS	ULTRASONIDO				592	\$ 517.24	\$ 82.76	\$ 600.00	\$ 306,206.08	
3E			MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG			SI					\$ 598,300.00	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE.
	1	4.6.0.73	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO				49	\$ 1,600.00	\$ 256.00	\$ 1,856.00	\$ 78,400.00	
	2	4.6.0.74	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO				20	\$ 900.00	\$ 144.00	\$ 1,044.00	\$ 18,000.00	
	3	4.6.0.75	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	ULTRASONIDO ENDOVAGINAL				125	\$ 700.00	\$ 112.00	\$ 812.00	\$ 87,500.00	
	4	4.6.0.80	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	ULTRASONIDO				592	\$ 700.00	\$ 112.00	\$ 812.00	\$ 414,400.00	
3F			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG	\$ 102,954.05	\$ 482,385.12							SE ADJUDICA
	1	4.6.0.75	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO ENDOVAGINAL				27					
	2	4.6.0.80	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO				373					
	3	4.6.0.74	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO				2					

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE OFERTA DEL LICITANTE													
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/NO	CANTIDAD (dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	OBSERVACIONES
	4	4.6.0.73	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO				6					
3F			CLÍNICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG			SI					\$ 378,000.92	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE Y SER UNICO PRECIO OFERTADO.
	1	4.6.0.75	CLÍNICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.	ULTRASONIDO ENDOVAGINAL				27	\$ 868.28	\$ 138.92	\$ 1,007.20	\$ 23,443.56	
	2	4.6.0.80	CLÍNICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.	ULTRASONIDO				373	\$ 868.28	\$ 138.92	\$ 1,007.20	\$ 323,868.44	
	3	4.6.0.74	CLÍNICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO				2	\$ 2,624.46	\$ 419.91	\$ 3,044.38	\$ 5,248.92	
	4	4.6.0.73	CLÍNICA HOSPITAL DUBLÁN, S.A. DE C.V.	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO				6	\$ 4,240.00	\$ 678.40	\$ 4,918.40	\$ 25,440.00	
3G			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG	\$ 66,433.62	\$ 165,084.06							NO SE ADJUDICA
	1	4.6.0.73	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO				6					
	2	4.6.0.74	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO				13					
	3	4.6.0.75	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO ENDOVAGINAL				12					
	4	4.6.0.80	SOLICITADO POR PCE	ULTRASONIDO				153					
3G			ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG			NO					\$ 129,482.76	NO SE ADJUDICA, NO CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS POR LA CONVOCANTE EN LA DOCUMENTACIÓN FINANCIERA, TODA VEZ QUE NO PRESENTA BALANZA DE COMPROBACION DEL 01 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 Y DEL 01 DE ENERO DE 2025 AL 30 DE OCTUBRE DE 2025.
	1	4.6.0.73	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	ULTRASONIDO CON DOPPLER DOS REGIONES ARTERIAL O VENOSO				6	\$ 1,896.55	\$ 303.45	\$ 2,200.00	\$ 11,379.31	
	2	4.6.0.74	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	ULTRASONIDO CON DOPPLER UNA REGION ARTERIAL O VENOSO				13	\$ 1,206.90	\$ 193.10	\$ 1,400.00	\$ 15,689.66	
	3	4.6.0.75	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	ULTRASONIDO ENDOVAGINAL				12	\$ 620.69	\$ 99.31	\$ 720.00	\$ 7,448.28	
	4	4.6.0.80	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	ULTRASONIDO				153	\$ 620.69	\$ 99.31	\$ 720.00	\$ 94,965.52	
3H			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR: USG	\$ 35,710.05	\$ 89,275.13							DESIERTA
4D			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS	\$ 52,213.29	\$ 130,533.23							SE ADJUDICA
	1	4.4.0.3	SOLICITADO POR PCE	MAMOGRAFIA BILATERAL				94					
	2	4.4.0.4	SOLICITADO POR PCE	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA				10					
4D			SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTÉMOC, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS			SI					\$ 98,419.47	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE Y SER UNICO PRECIO OFERTADO.
	1	4.4.0.3	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTÉMOC, S.A. DE C.V.	MAMOGRAFIA BILATERAL				94	\$ 883.71	\$ 141.39	\$ 1,025.11	\$ 83,068.67	
	2	4.4.0.4	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTÉMOC, S.A. DE C.V.	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA				10	\$ 1,535.06	\$ 245.61	\$ 1,780.67	\$ 15,350.60	
4E			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS	\$ 203,086.82	\$ 507,716.56							SE ADJUDICA
	1	4.4.0.3	SOLICITADO POR PCE	MAMOGRAFIA BILATERAL				56					
	2	4.4.0.4	SOLICITADO POR PCE	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA				264					

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE OFERTA DEL LICITANTE														
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/NO	CANTIDAD (dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	OBSERVACIONES	
4E			MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS			SI					\$ 361,800.00	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE Y SER UNICO PRECIO OFERTADO.	
	1	4.4.0.3	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	MAMOGRAFIA BILATERAL				56	\$ 800.00	\$ 128.00	\$ 928.00	\$ 44,800.00		
	2	4.4.0.4	MANUEL MARTÍNEZ ENRÍQUEZ	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA				264	\$ 1,200.00	\$ 192.00	\$ 1,392.00	\$ 316,800.00		
4G			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS	\$ 23,227.39	\$ 58,068.48								NO SE ADJUDICA
	1	4.4.0.3	SOLICITADO POR PCE	MAMOGRAFIA BILATERAL				16						
	2	4.4.0.4	SOLICITADO POR PCE	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA				40						
4G			ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS			NO					\$ 48,827.59	NO SE ADJUDICA, NO CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES SOLICITADAS POR LA CONVOCANTE EN LA DOCUMENTACIÓN FINANCIERA, TODA VEZ QUE NO PRESENTA BALANZA DE COMPROBACIÓN DEL 01 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 Y DEL 01 DE ENERO DE 2025 AL 30 DE OCTUBRE DE 2025.	
	1	4.4.0.3	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	MAMOGRAFIA BILATERAL				16	\$ 681.03	\$ 108.97	\$ 790.00	\$ 10,896.55		
	2	4.4.0.4	ANDRÉS DAVID GÓMEZ ARMENDÁRIZ	MAMOGRAFIA CON SONOGRAFIA				40	\$ 948.28	\$ 151.72	\$ 1,100.00	\$ 37,931.03		
4H			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL MASTOGRAFIAS	\$ 14,782.64	\$ 36,958.61								DESIERTA
5D			SOLICITADO POR PCE	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RAYOS X	\$ 517,582.25	\$ 1,293,955.62								SE ADJUDICA
	1	4.2.0.1	SOLICITADO POR PCE	ABDOMEN AP Y DECUBITO (SIMPLE DE ABDOMEN)				6						
	2	4.2.0.2	SOLICITADO POR PCE	ABDOMEN AP Y ERECTO (BIPEDESTACION)				1						
	3	4.2.0.4	SOLICITADO POR PCE	ABDOMEN EN PROYECCION LATERAL				1						
	4	4.2.0.6	SOLICITADO POR PCE	ANTEBRAZO DERECHO AP Y LAT				4						
	5	4.2.0.7	SOLICITADO POR PCE	ANTEBRAZO IZQUIERDO AP Y LAT				2						
	6	4.2.0.9	SOLICITADO POR PCE	ARTICULACION SACROILIACAS BILATERAL				1						
	7	4.2.0.10	SOLICITADO POR PCE	ARTICULACION TEMPORO MANIDIBULAR COMPARATIVO (2 PROYECCIONES)				1						
	8	4.2.0.11	SOLICITADO POR PCE	CADERA BILATERAL (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)				10						
	9	4.2.0.12	SOLICITADO POR PCE	CADERA DERECHA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)				4						
	10	4.2.0.13	SOLICITADO POR PCE	CADERA IZQUIERDA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)				6						
	11	4.2.0.14	SOLICITADO POR PCE	CALCANEO BILATERAL AXIAL Y LAT				1						
	12	4.2.0.15	SOLICITADO POR PCE	CALCANEO DERECHO AXIAL Y LAT				1						
	13	4.2.0.16	SOLICITADO POR PCE	CALCANEO IZQUIERDO AXIAL Y LAT				1						
	14	4.2.0.18	SOLICITADO POR PCE	CARA MALAR AMBOS				1						
	15	4.2.0.19	SOLICITADO POR PCE	CARA ORBITA AMBAS				1						
	16	4.2.0.20	SOLICITADO POR PCE	CARA PERFILOGRAMA				1						

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE		OFERTA DEL LICITANTE											
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/UNO	CANTIDAD (dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	OBSERVACIONES
	17	4.2.0.21	SOLICITADO POR PCE	CEFALEOPELVIMETRIA (AP Y LAT)				1					
	18	4.2.0.22	SOLICITADO POR PCE	CODO PA Y LATERAL DERECHO				9					
	19	4.2.0.23	SOLICITADO POR PCE	CODO PA Y LATERAL IZQUIERDO				7					
	20	4.2.0.24	SOLICITADO POR PCE	COLUMNA CERVICAL AP Y LATERAL				39					
	21	4.2.0.25	SOLICITADO POR PCE	COLUMNA CERVICAL AXIS, ATLAS Y TRANS ORAL				1					
	22	4.2.0.26	SOLICITADO POR PCE	COLUMNA CERVICAL DINAMICAS (FLEXION Y EXTENSIÓN)				1					
	23	4.2.0.27	SOLICITADO POR PCE	COLUMNA CERVICAL OBLICUA				1					
	24	4.2.0.28	SOLICITADO POR PCE	COLUMNA DORSAL AP, LATERAL Y OBLICUA				11					
	25	4.2.0.29	SOLICITADO POR PCE	COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL				105					
	26	4.2.0.30	SOLICITADO POR PCE	COLUMNA LUMBAR OBLICUA				1					
	27	4.2.0.31	SOLICITADO POR PCE	COLUMNA LUMBOSACRA COMPLETA (AP, LAT Y OBLICUAS)				9					
	28	4.2.0.32	SOLICITADO POR PCE	COLUMNA LUMBOSACRA DINAMICAS (FLEXION Y EXTENSION)				25					
	29	4.2.0.35	SOLICITADO POR PCE	CRANEO AP Y LATERAL				9					
	30	4.2.0.36	SOLICITADO POR PCE	CRANEO PROYECCION DE TOWNE (FOSA POSTERIOR)				1					
	31	4.2.0.37	SOLICITADO POR PCE	EDAD OSEA				3					
	32	4.2.0.38	SOLICITADO POR PCE	ESCAPULA LADO DERECHO AP Y LATERAL				1					
	33	4.2.0.39	SOLICITADO POR PCE	ESCAPULA LADO IZQUIERDO AP Y LATERAL				1					
	34	4.2.0.40	SOLICITADO POR PCE	ESTERNON EN 2 POSICIONES OBLICUA Y AP				1					
	35	4.2.0.41	SOLICITADO POR PCE	FEMUR AP Y LATERAL (AMBOS)				1					
	36	4.2.0.42	SOLICITADO POR PCE	FEMUR AP Y LATERAL DERECHO				1					
	37	4.2.0.43	SOLICITADO POR PCE	FEMUR AP Y LATERAL IZQUIERDO				2					
	38	4.2.0.44	SOLICITADO POR PCE	HOMBRO ACROMIO CLAVICULAR DERECHO				2					
	39	4.2.0.45	SOLICITADO POR PCE	HOMBRO ACROMIO CLAVICULAR IZQUIERDO				7					
	40	4.2.0.46	SOLICITADO POR PCE	HOMBRO DERECHO AP Y OBLICUA				21					
	41	4.2.0.47	SOLICITADO POR PCE	HOMBRO DERECHO PROYECCION EN Y				1					
	42	4.2.0.48	SOLICITADO POR PCE	HOMBRO IZQUIERDO AP Y OBLICUA				16					
	43	4.2.0.49	SOLICITADO POR PCE	HOMBRO IZQUIERDO PROYECCION EN Y				1					
	44	4.2.0.50	SOLICITADO POR PCE	HUMERO AP Y LATERAL DERECHO				1					
	45	4.2.0.51	SOLICITADO POR PCE	HUMERO AP Y LATERAL IZQUIERDO				1					
	46	4.2.0.53	SOLICITADO POR PCE	MANO ANULAR AP Y LATERAL				1					
	47	4.2.0.54	SOLICITADO POR PCE	MANO AP Y OBLICUA DERECHO				16					

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE OFERTA DEL LICITANTE													
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/NO	CANTIDAD (Dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	OBSERVACIONES
	48	4.2.0.55	SOLICITADO POR PCE	MANO AP Y OBLICUA IZQUIERDO				14					
	49	4.2.0.56	SOLICITADO POR PCE	MANO INDICE AP Y LATERAL				1					
	50	4.2.0.57	SOLICITADO POR PCE	MANO MEDIANO AP Y LATERAL				2					
	51	4.2.0.58	SOLICITADO POR PCE	MANO MEÑIQUE AP Y LATERAL				1					
	52	4.2.0.59	SOLICITADO POR PCE	MANO PULGAR AP Y LATERAL				3					
	53	4.2.0.60	SOLICITADO POR PCE	MEDICION MIEMBROS INFERIORES PROYECCION TRIFOCAL FARILL				1					
	54	4.2.0.61	SOLICITADO POR PCE	MUÑECA DORSOPALMAR CON DESVIACION CUBITAL (HUESO ESCAFOIDES)				1					
	55	4.2.0.62	SOLICITADO POR PCE	MUÑECA PA Y LATERAL DERECHO				13					
	56	4.2.0.63	SOLICITADO POR PCE	MUÑECA PA Y LATERAL IZQUIERDO				6					
	57	4.2.0.65	SOLICITADO POR PCE	PELVIS AP				25					
	58	4.2.0.66	SOLICITADO POR PCE	PELVIS EN AP Y LAT				8					
	59	4.2.0.67	SOLICITADO POR PCE	PELVIS EN POSICION DE RANA				3					
	60	4.2.0.68	SOLICITADO POR PCE	PELVIS ENTRADA Y SALIDA				1					
	61	4.2.0.69	SOLICITADO POR PCE	PIE AP Y LATERAL (AMBOS)				18					
	62	4.2.0.70	SOLICITADO POR PCE	PIE AP Y LATERAL DERECHO				15					
	63	4.2.0.71	SOLICITADO POR PCE	PIE AP Y LATERAL IZQUIERDO				14					
	64	4.2.0.72	SOLICITADO POR PCE	PIE AP Y OBLICUA AMBOS				8					
	65	4.2.0.73	SOLICITADO POR PCE	PIE AP Y OBLICUA DERECHO				9					
	66	4.2.0.74	SOLICITADO POR PCE	PIE AP Y OBLICUA IZQUIERDO				4					
	67	4.2.0.75	SOLICITADO POR PCE	PIE EN APOYO AMBOS				4					
	68	4.2.0.76	SOLICITADO POR PCE	PIE EN APOYO DERECHO				2					
	69	4.2.0.77	SOLICITADO POR PCE	PIEN EN APOYO IZQUIERDO				1					
	70	4.2.0.78	SOLICITADO POR PCE	PIERNA AP Y LAT DERECHO (TIBIA Y PERONE)				2					
	71	4.2.0.79	SOLICITADO POR PCE	PIERNA AP Y LAT IZQUIERDO (TIBIA Y PERONE)				1					
	72	4.2.0.80	SOLICITADO POR PCE	PIERNA AP Y LATERAL (AMBAS)				3					
	73	4.2.0.81	SOLICITADO POR PCE	RODILLA BILATERAL AP Y LAT				86					
	74	4.2.0.82	SOLICITADO POR PCE	RODILLA COMPARATIVA CON TANGENCIALES				4					
	75	4.2.0.83	SOLICITADO POR PCE	RODILLA DERECHA AP Y LAT				20					
	76	4.2.0.84	SOLICITADO POR PCE	RODILLA IZQUIERDA AP Y LAT				13					
	77	4.2.0.85	SOLICITADO POR PCE	SEÑOS PARANASALES (WATERS Y LATERAL)				22					
	78	4.2.0.87	SOLICITADO POR PCE	SERIE OSEA METASTASICA.				2					

SOLICITADO POR LA CONVOCANTE OFERTA DEL LICITANTE													
GRUPO	NÚMERO	CLAVE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	MONTO MÍNIMO	MONTO MÁXIMO	CUMPLE S/UNO	CANTIDAD (Dato informativo)	PRECIO UNITARIO SIN IVA	IVA DE PRECIO UNITARIO	PRECIO UNITARIO CON IVA	SUBTOTAL (Cantidad x Precio Unitario SIN IVA)	OBSERVACIONES
	79	4.2.0.88	SOLICITADO POR PCE	SILLA TURCA AP Y LATERAL				1					
	80	4.2.0.89	SOLICITADO POR PCE	TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO EN LATERAL (ADENOIDES)				2					
	81	4.2.0.90	SOLICITADO POR PCE	TOBILLO BILATERAL AP Y LAT				4					
	82	4.2.0.91	SOLICITADO POR PCE	TOBILLO CON ESTRES UNILATERAL DE LADO DERECHO				1					
	83	4.2.0.92	SOLICITADO POR PCE	TOBILLO CON ESTRES UNILATERAL DE LADO IZQUIERDO				1					
	84	4.2.0.93	SOLICITADO POR PCE	TOBILLO DERECHO AP Y LAT				14					
	85	4.2.0.94	SOLICITADO POR PCE	TOBILLO IZQUIERDO AP Y LAT				9					
	86	4.2.0.95	SOLICITADO POR PCE	TORAX PA Y LATERAL (TELE DE TORAX)				187					
	87	4.2.0.96	SOLICITADO POR PCE	TORAX APICAL				1					
	88	4.2.0.97	SOLICITADO POR PCE	TORAX OSEO AP Y OBLICUAS				7					
5D		SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	AUXILIARES DE DIAGNOSTICO POR IMAGENOGRAFIA EN LAS INSTALACIONES DEL PROVEEDOR EN FORMA LOCAL, RAYOS X				SI					\$ 694,855.77	SE ADJUDICA POR CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS POR LA CONVOCANTE Y SER UNICO PRECIO OFERTADO.
	1	4.2.0.1	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	ABDOMEN AP Y DECUBITO (SIMPLE DE ABDOMEN)				6	\$ 623.74	\$ 99.80	\$ 723.53	\$ 3,742.41	
	2	4.2.0.2	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	ABDOMEN AP Y ERECTO (BIPEDESTACION)				1	\$ 636.47	\$ 101.83	\$ 738.30	\$ 636.47	
	3	4.2.0.4	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	ABDOMEN EN PROYECCION LATERAL				1	\$ 636.47	\$ 101.83	\$ 738.30	\$ 636.47	
	4	4.2.0.6	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	ANTEBRAZO DERECHO AP Y LAT				4	\$ 623.74	\$ 99.80	\$ 723.53	\$ 2,494.94	
	5	4.2.0.7	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	ANTEBRAZO IZQUIERDO AP Y LAT				2	\$ 623.74	\$ 99.80	\$ 723.53	\$ 1,247.47	
	6	4.2.0.9	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	ARTICULACION SACROILIACAS BILATERAL				1	\$ 1,760.27	\$ 281.64	\$ 2,041.91	\$ 1,760.27	
	7	4.2.0.10	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR COMPARATIVO (2 PROYECCIONES)				1	\$ 1,509.33	\$ 241.49	\$ 1,750.83	\$ 1,509.33	
	8	4.2.0.11	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CADERA BILATERAL (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)				10	\$ 1,046.40	\$ 167.42	\$ 1,213.82	\$ 10,463.97	
	9	4.2.0.12	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CADERA DERECHA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)				4	\$ 509.17	\$ 81.47	\$ 590.64	\$ 2,036.68	
	10	4.2.0.13	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CADERA IZQUIERDA (ARTIC. COXOFEMORAL) EN AP (NEUTRO)				6	\$ 509.17	\$ 81.47	\$ 590.64	\$ 3,055.03	
	11	4.2.0.14	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CALCANEO BILATERAL AXIAL Y LAT				1	\$ 721.92	\$ 115.51	\$ 837.43	\$ 721.92	
	12	4.2.0.15	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CALCANEO DERECHO AXIAL Y LAT				1	\$ 721.92	\$ 115.51	\$ 837.43	\$ 721.92	
	13	4.2.0.16	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CALCANEO IZQUIERDO AXIAL Y LAT				1	\$ 721.92	\$ 115.51	\$ 837.43	\$ 721.92	
	14	4.2.0.18	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CARA MALAR AMBOS				1	\$ 509.18	\$ 81.47	\$ 590.65	\$ 509.18	
	15	4.2.0.19	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CARA ORBITA AMBAS				1	\$ 402.40	\$ 64.38	\$ 466.78	\$ 402.40	
	16	4.2.0.20	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CARA PERIFILÓGRAMA				1	\$ 509.18	\$ 81.47	\$ 590.65	\$ 509.18	
	17	4.2.0.21	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CEFALOPELVIMETRIA (AP Y LAT)				1	\$ 509.18	\$ 81.47	\$ 590.65	\$ 509.18	
	18	4.2.0.22	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CODO PA Y LATERAL DERECHO				9	\$ 636.47	\$ 101.83	\$ 738.30	\$ 5,728.20	
	19	4.2.0.23	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CUAUHTEMOC, S.A. DE C.V.	CODO PA Y LATERAL IZQUIERDO				7	\$ 636.47	\$ 101.83	\$ 738.30	\$ 4,455.26	