

INMUNOLOGIA

CÓDIGO / ESP ABREVIADO	CÓDIGO SAP	DENOMINACIÓN COMPLETA	UM	NIVEL DE USO	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
IMN-134	30105431	Hepatitis A Anticuerpo IgG	PBA	IIb-III	<p>PRESENTACIÓN: Reactivos para la detección de Anticuerpos IgG ó totales contra Hepatitis A de ultima generación de cada marca, en empaque adecuado. Tiempo de Expiración no menor de 6 meses a partir de la fecha de entrega.</p> <p>METODOLOGIA: Quimioluminiscencia Convencional ó Variante.</p> <p>ACCESORIOS: Calibradores, Controles, Complementos y otros de acuerdo a metodología que permitan la realización completa de la prueba.</p> <p>EQUIPO: El (Los) equipo(s) será(n) definido(s) por el usuario final quien presentará en tabla adjunta de acuerdo a especificaciones técnicas de equipos de este petitorio.</p> <p>MUESTRA BIOLÓGICA: Suero ó Plasma.</p>
IMN-135	30103921	Hepatitis A Anticuerpo IgM	PBA	IIb-III	<p>PRESENTACIÓN: Reactivos para la detección de Anticuerpos IgM contra Hepatitis A de ultima generación de cada marca, en empaque adecuado. Tiempo de Expiración no menor de 6 meses a partir de la fecha de entrega.</p> <p>METODOLOGIA: Quimioluminiscencia Convencional o Variante.</p> <p>ACCESORIOS: Calibradores, Controles, Complementos y otros de acuerdo a metodología que permitan la realización completa de la prueba.</p> <p>EQUIPO: El (Los) equipo(s) será(n) definido(s) por el usuario final quien presentará en tabla adjunta de acuerdo a especificaciones técnicas de equipos de este petitorio.</p> <p>MUESTRA BIOLÓGICA: Suero o Plasma.</p>
INM-136	30104233	Hepatitis B Anticuerpo Anticore IgM	PBA	IIb-III	<p>PRESENTACIÓN: Reactivos para la detección de Anticuerpos IgM contra Antígeno Core de Hepatitis B con Antígenos Recombinantes de ultima generación, opcional péptidos sintéticos, en empaque adecuado. Tiempo de Expiración no menor de 6 meses a partir de la fecha de entrega.</p> <p>METODOLOGIA: Quimioluminiscencia Convencional o Variante.</p> <p>ACCESORIOS: Calibradores, Controles, Complementos y otros de acuerdo a metodología que permitan la realización completa de la prueba.</p> <p>EQUIPO: El (Los) equipo(s) será(n) definido(s) por el usuario final quien presentará en tabla adjunta de acuerdo a especificaciones técnicas de equipos de este petitorio.</p> <p>MUESTRA BIOLÓGICA: Suero o Plasma.</p>

