

CÓDIGO / ESP ABREVIADO	CÓDIGO SAP	DENOMINACIÓN COMPLETA	UM	NIVEL DE USO	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS
INM-138	30103840	Hepatitis B Anticuerpo contra Antígeno *e*	PBA	Ib-III	<p>PRESENTACIÓN: Reactivos para la detección de Anticuerpo contra Antígeno *e* de Hepatitis B con Antígenos Recombinantes y/o Péptidos Sintéticos de ultima generación, 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-139	30103944	Hepatitis B Anticuerpo contra Antígeno de Superficie	PBA	Ib-III	<p>PRESENTACIÓN: Reactivos para la detección cuantitativa de Anticuerpos contra Antígeno de Superficie 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>
INM-140	30105929	Hepatitis B Antígeno *e*	PBA	Ib-III	<p>PRESENTACIÓN: Reactivos para la detección del Antígeno *e* de Hepatitis B, 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>

