



Ciudad de México, 13 de Enero de 2026

Oficio No. 5220-024BIS-2026

Asunto: Notificación de Adjudicación.

**C. CUAUHTÉMOC DE LUNA BONILLA.**  
**REPRESENTANTE DE LA EMPRESA**  
**ABALAT, S.A. DE C.V.**

De acuerdo con cotización proporcionada referente al oficio No. 2521/02/2026, para la adquisición de **PRODUCTOS QUÍMICOS BÁSICOS "PRUEBAS DE LABORATORIO CON SUMINISTRO DE EQUIPO PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA, PARA EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL**, me permito informar que se le adjudican las partidas de la siguiente manera para que sean abastecidos los insumos en tiempo, con forme a la solicitud del área usuaria, para cubrir el periodo **13 de Enero al 28 de Febrero de 2026**.

| CODIGO   | DESCRIPCION                                                                                                                    | CUCOP    | CANTIDAD<br>MÍNIMA | CANTIDAD<br>MÁXIMA | UNIDAD | PRECIO<br>UNITARIO | MONTO<br>TOTAL<br>NETO M.N.<br>MÍNIMO | MONTO<br>TOTAL NETO<br>M.N. MÁXIMO |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|--------------------|--------|--------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 90990138 | DETERMINACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO ABO, RH Y GRUPO SÉRICO EN TARJETA DE GEL                                                      | 25100037 | 1060               | 2650               | PRUEBA | \$117.57           | \$124,624.20                          | \$311,560.50                       |
| 90990139 | DETERMINACIÓN PARA CONFIRMATORIA DE ABO, RH EN TARJETA DE GEL                                                                  | 25100037 | 1200               | 3000               | PRUEBA | \$62.80            | \$75,360.00                           | \$188,400.00                       |
| 90990140 | DETERMINACIÓN DE COMPATIBILIDAD SANGUÍNEA MAYOR Y MENOR, RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES Y COOMBS DIRECTO EN TARJETA DE GEL | 25100037 | 1000               | 2500               | PRUEBA | \$98.91            | \$98,910.00                           | \$247,275.00                       |
| 90990141 | DETERMINACIÓN DE GRUPO ABO, RH EN NEONATOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES HEMOLÍTICAS DEL RECIÉN NACIDO EN TARJETA DE GEL | 25100037 | 60                 | 150                | PRUEBA | \$158.56           | \$9,513.60                            | \$23,784.00                        |
| 90990142 | DETERMINACIÓN DE COOMBS MONOESPECÍFICO (IGG Y C3D) ESPECIAL PARA PACIENTES CON PROBLEMAS INMUNOHEMATOLÓGICOS EN TARJETA DE GEL | 25100037 | 60                 | 150                | PRUEBA | \$216.68           | \$13,000.80                           | \$32,502.00                        |
| 90990253 | DETERMINACIÓN PARA EL RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES EN TARJETA DE GEL, INCLUYENDO DIEGO                                   | 25100037 | 1100               | 2750               | PRUEBA | \$109.97           | \$120,967.00                          | \$302,417.50                       |





|          |                                                                                                               |          |    |     |        |             |              |                |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----|--------|-------------|--------------|----------------|
| 90995214 | DETERMINACIÓN DE FENOTIPO DE GRUPOS RH NEGATIVO MÁS KELL EN TARJETA DE GEL                                    | 25100037 | 60 | 150 | PRUEBA | \$273.92    | \$16,435.20  | \$41,088.00    |
| 90995242 | DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES FRÍOS EN TARJETA DE GEL                                              | 25100037 | 10 | 25  | PRUEBA | \$844.88    | \$8,448.80   | \$21,122.00    |
| 90995243 | GENOTIPIFICACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEOS (RH, KELL, DUFFY, MNS, DIEGO, DROMBROCK, COITEN, CARTWRIGHT Y LUTHERAN). | 25100037 | 1  | 2   | PRUEBA | \$42,162.00 | \$42,162.00  | \$84,324.00    |
| SUBTOTAL |                                                                                                               |          |    |     |        |             | \$509,421.60 | \$1,252,473.00 |
| IVA      |                                                                                                               |          |    |     |        |             | \$81,507.46  | \$200,395.68   |
| TOTAL    |                                                                                                               |          |    |     |        |             | \$590,929.06 | \$1,452,868.68 |

El contrato será Abierto con una vigencia del **13 de Enero al 28 Febrero de 2026**, la fecha máxima de formalización es el día **27 de Enero del 2026**, la cual se deberá llevar a cabo en el Módulo de Formalización de Instrumentos Jurídicos y en caso de presentar alguna eventualidad en el Módulo, esta formalización se hará de manera presencial en el Departamento de Compras Gubernamentales Farmacéuticas.

Deberá especificar en cada factura los siguientes datos:

**Código del Hospital:** Mencionados en el cuadro anterior

**Lugar de Entrega:** Almacén General de Lunes a Viernes

**Periodo de entrega:** 13 DE ENERO AL 28 DE FEBRERO DE 2026 SE LE SOLICITA SE CONTACTE CON EL AREA USUARIA SERVICIO DE BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL, PARA QUE INFORMEN EL SURTIMIENTO.

**Horario de entregas:** de 08:00 am. a 14:00 pm.

**Suficiencia Presupuestal:** 5430/1099/2025

Lo anterior en virtud de que es indispensable tener este insumo para la atención eficiente y oportuna de este Instituto.

Agradezco de antemano las atenciones prestadas al presente, envío un cordial saludo.

Atentamente

  
**LCDA. GRACIELA VILLEDA GONZÁLEZ**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE COMPRAS**  
**GUBERNAMENTALES FARMACÉUTICAS**

