



**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN**, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL MUNICIPIO DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, A TRAVÉS DEL DIRECTOR JURÍDICO DE LA SECRETARÍA DEL AYUNTAMIENTO, **C. HÉCTOR ANTONIO GALVÁN ANCIRA**; DIRECTOR DE ADQUISICIONES DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN, **C. ALÁN GERARDO GONZÁLEZ SALINAS**; DIRECTOR DE EGRESOS DE LA TESORERÍA MUNICIPAL, **C. LEONARDO ARNULFO RAMOS VALENZUELA**; SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN, **C. ELVIRA YAMILETH LOZANO GARZA**; Y EL DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES, **C. MANUEL SANMIGUEL RAMOS**, A QUIENES EN LO SUCESIVO SE LES DENOMINARÁ “EL MUNICIPIO” Y POR LA OTRA PARTE LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO “**DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ**” REPRESENTADA EN ESTE ACTO, POR EL **C. EDELMIRO PÉREZ RODRÍGUEZ**, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL HOSPITAL”, AMBAS PARTES CON CAPACIDAD LEGAL PARA CONTRATAR Y OBLIGARSE, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:

#### DECLARACIONES:

##### 1.- Declara “EL MUNICIPIO”:

1.1.- Que es una entidad de carácter público, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, autónomo en su régimen interior, con libertad para administrar su hacienda o gestión municipal conforme a lo establecido en los artículos 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 118 y 120 de la Constitución Política del Estado de Nuevo León.

1.2.- Que de acuerdo con lo dispuesto por el acuerdo delegatorio del Ayuntamiento de Monterrey, aprobado en Sesión Ordinaria de fecha 09 de agosto de 2016, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Nuevo León número 101 en fecha 12 de agosto de 2016 en favor del Lic. Héctor Antonio Galván Ancira, y por los artículos 1, 2, 34, fracción II, 86, 88, 89, 91 y demás relativos de la Ley de Gobierno Municipal del Estado de Nuevo León; 3, 5, 11, 14, fracción IV, incisos c) y d), 16, fracciones II, VI, 31, 33, fracciones I, VIII, XI y XXX, 63, 65, 67, fracción I, 69 y demás aplicables del Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Monterrey; 1, fracción V, 4, fracciones IV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII y 46, fracción I, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Nuevo León; 89 y 90 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Nuevo León; 17, 37 y 38 del Reglamento de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Gobierno Municipal de Monterrey, los servidores públicos señalados en el proemio comparecen para la celebración del presente contrato en el ámbito y con estricto límite de sus competencias.

1.3.- Que, para los efectos del presente instrumento, señalan como domicilio para oír y recibir notificaciones y cumplimiento de obligaciones, la sede del mismo, ubicado en la calle Zaragoza Sur s/n, Zona Centro en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León.

1

1





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



1.4.- Que los egresos originados con motivo de las obligaciones que se contraen en este Contrato, serán cubiertos con recursos propios de la Hacienda Pública Municipal correspondientes al ejercicio fiscal 2017-dos mil diecisiete, los cuales están debidamente autorizados por la Dirección de Planeación Presupuestal de la Tesorería Municipal, mediante Oficio PIM 16138079 de fecha 23-veintitres de diciembre de 2016-dos mil dieciséis.

1.5.- Que cuenta con el Registro Federal de Contribuyente MCM-610101-PT2, expedido por el Servicio de Administración Tributaria, Organismo Desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

1.6.- Que con el propósito de optimizar las actividades y el servicio que brinda la Dirección de Servicios Médicos de la Secretaría de Administración del Municipio de Monterrey, Nuevo León, es su deseo contratar los servicios de atención médica y hospitalización a los derechohabientes del Municipio de Monterrey, con la Institución denominada **HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"**. Por lo anterior, el procedimiento llevado a cabo para la celebración del presente contrato, es el de adjudicación directa que se establece en los artículos 1 fracción V, 2 4 fracción XXVIII, 16 fracciones IV y V, 20, 25 fracción III, 41, 42 fracción II de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Nuevo León, así como en los artículos 16 fracción II, 18 fracción I, 32 y 33 fracción III del Reglamento de Adquisiciones, Arrendamientos, y Servicios del Gobierno Municipal de Monterrey, contando con la opinión favorable del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, según consta en el Acta de la Décima Novena Sesión Extraordinaria, celebrada en fecha 29-veintinueve de diciembre de 2016-dos mil dieciséis, para celebrar el presente contrato de prestación de servicios.

2.- Declara "EL HOSPITAL", a través de su Representante Legal y bajo protesta de decir verdad:

2.1.- Que su representada es una Institución del Estado dedicada a prestar Servicios Públicos asistenciales, en función de la salud humana y de la enseñanza y el progreso de las ciencias médicas de Nuevo León, considerada como una dependencia de la Universidad Autónoma de Nuevo León, organizada como Departamento Clínico de la Facultad de Medicina de la citada Institución, la cual además proporciona los servicios médicos auxiliares, farmacéuticos y de hospitalización que el Estado requiere para los servidores municipales entre otros, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1 y 14 de la Ley Orgánica del **Hospital Universitario "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"**, publicada en el Periódico Oficial del Estado de fecha 29-veintinueve de 1955-mil novecientos noventa y cinco.

2.2.- Que su representante tiene carácter de Director de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la Universidad Autónoma de Nuevo León, según lo dispone el Artículo 5, fracción I, de la Ley Orgánica del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" y tiene atribuciones para celebrar toda clase de Contratos y Actos Jurídicos en su nombre con fundamento además en los artículos 12 fracciones II y III, 32, 35 fracciones I y II del Reglamento Interno de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo

2







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



León; en su carácter de Director lo acredita con el nombramiento expedido por la H. Junta de Gobierno en su Sesión Ordinaria del día 05-cinco de diciembre de 2016-dos mil dieciséis, que le concede la Fracción II del artículo 13 de la Ley Orgánica de la UANL, para el periodo comprendido del 16-dieciséis de diciembre de 2016-dos mil dieciséis al 15-quinque de diciembre de 2019-dos mil diecinueve.

**2.3.-** Que para los efectos del presente Contrato señala como domicilio para el cumplimiento de las obligaciones contratadas en el mismo; así como para oír y recibir notificaciones el ubicado en la Avenida Universidad, S/N, Colonia Ciudad Universitaria, Código Postal 66455, San Nicolás de los Garza, Nuevo León.

**2.4.-** Que cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes UAN691126MK2 expedido por el Servicio de Administración Tributaria, Organismo Desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

**2.5.-** Que, para los efectos legales correspondientes, el Representante Legal se identifica con credencial para votar, con clave de elector número [REDACTED] expedido por el Instituto Federal Electoral, misma que contiene fotografía inserta cuyos rasgos fisonómicos coinciden con los del compareciente.

**2.6.-** Que cuenta con la organización, experiencia, capacidad técnica, financiera y legal necesarios para cumplir con los requerimientos objeto del presente Contrato, así mismo, ha llevado a cabo todos los actos corporativos, obtenido todas las autorizaciones corporativas o de otra naturaleza, y cumplido con todos los requerimientos legales aplicables para celebrar y cumplir el presente Contrato.

**2.7.-** Conoce el contenido y los requisitos que establecen la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Nuevo León y su Reglamento; así como las demás normas que regulan la realización y/o adquisición de bienes y servicios, incluyendo las especificaciones generales y particulares objeto de este contrato y, en general, toda la información requerida para el bien y/o servicio materia del contrato.

**2.8-** Que para el cumplimiento de sus fines cuenta con Departamentos de Servicios y Especialidades Médicas, Laboratorios, Instalaciones y Personal Administrativo, Médico y de Enfermería suficiente y capacitado para prestar los servicios de Hospital

Que expuesto lo anterior, las partes han revisado lo establecido en este Contrato, reconociendo la capacidad y personalidad jurídica con que se ostentan para obligarse mediante este acuerdo de voluntades, manifestando que previo a la celebración del mismo, han convenido libremente los términos establecidos en este, no existiendo dolo, mala fe, enriquecimiento ilegítimo, error, violencia ni vicios en el consentimiento, sujetándose a las siguientes:

*J*

3





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



### CLÁUSULAS:

**PRIMERA.- (OBJETO)** “EL HOSPITAL” se obliga en este acto a realizar a favor de “EL MUNICIPIO” los servicios de atención médica y hospitalización necesarios para la atención de derechohabientes de Servicios Médicos del Municipio de Monterrey, diagnosticados con algún padecimiento de especialidad o de hospitalización que no se puedan atender en las instalaciones de la Clínica municipal de Servicios Médicos, a fin de brindar la atención, por medio de los **PROFESIONISTAS** que “EL MUNICIPIO” señale a través de la Dirección de Servicios Médicos de la Secretaría de Administración de cuyas especificaciones y características se encuentran en el Anexo 1 del presente Contrato y que para los efectos a que haya lugar en este acto se da por reproducido.

**SEGUNDA.- (DEFINICIONES)** Ambas partes acuerdan que para efectos del presente contrato, se entiende por:

- I. **BENEFICIARIO.-** El trabajador al servicio de “EL MUNICIPIO” y los familiares que dependan económicamente de él, así como cualquier persona usuaria del Plan de Servicios Hospitalarios, que se encuentre registrada con “EL HOSPITAL” por conducto de “EL MUNICIPIO”, y aquellas personas que, a partir de la firma del presente instrumento, designe “EL MUNICIPIO”, mediante notificación por escrito dirigido a “EL HOSPITAL”, a través de una orden de prestación de servicios hospitalarios a favor de las mismas;
- II. **PRECIO.-** Contraprestación que por los servicios “EL MUNICIPIO” se obliga a pagar a “EL HOSPITAL”, conforme a las tarifas y especificaciones establecidas para los servicios objeto de este contrato y su Anexo1;
- III. **SERVICIOS CUBIERTOS.-** Los servicios que en forma detallada y específica se describen en el Anexo 1 del contrato, mismo que incluyen las especificaciones de paquete, días de hospitalización, usos de aparatos, medicamentos y materiales; de urgencia y así como los que le sean solicitados por “EL MUNICIPIO” por conducto de la Dirección de Servicios Médicos de la Secretaría de Administración;
- IV. **PROFESIONISTA.-** Toda persona física en el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina y de las especializadas para la salud, con título profesional o certificado de especialización legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, que tenga celebrado un contrato de prestación de servicios con “EL MUNICIPIO” y que haya prestado su documentación ante el Comité de Credenciales de “EL HOSPITAL”, a fin de que este último proceda a llevar a cabo su certificación;

4  
119  
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
V.O.Bo.  
JURÍDICO



**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



- V. **PERSONAL CALIFICADO.-** El personal de enfermería y administrativo que sea empleado de "EL HOSPITAL";
- VI. **SERVICIOS.-** Servicios de salud serán todas aquellas acciones realizadas a favor del **BENEFICIARIO**, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona.

**TERCERA.- (CONTRAPRESTACIÓN)** El precio señalado como contraprestación por la prestación de los servicios a favor de los **BENEFICIARIOS**, "EL MUNICIPIO" se obliga a pagar a "EL HOSPITAL" la cantidad que corresponda conforme a las tarifas y especificaciones establecidas en el Anexo 1 del presente instrumento jurídico.

**CUARTA.- (CONDICIÓN DE PRECIO FIJO)** Los precios unitarios que "EL HOSPITAL" cobrará a "EL MUNICIPIO" por servicios objeto del presente Contrato, se mantendrán fijos durante toda la vigencia del presente instrumento. Todos los demás gastos que se generen, así como cualquier provisión que se deba realizar para cumplir con la totalidad de las obligaciones que mediante la firma de este instrumento jurídico adquiere "EL HOSPITAL", serán por cuenta del mismo.

**QUINTA.- (MONTO MÁXIMO)** Se establece como cantidad límite para la prestación de los servicios, la cantidad de \$50,000,000.00 (cincuenta millones de pesos 00/100 Moneda Nacional) incluido el Impuesto al Valor Agregado.

Las cantidades estimadas de monto máximo son enunciativas e indicativas, mas no limitativas ni obligatorias para el consumo del Municipio. Por lo cual la prestación de los servicios se hará de acuerdo a las necesidades y solicitudes que realice "EL MUNICIPIO".

**SEXTA.- (INDICACIONES MÉDICAS)** Ambas partes acuerdan que los servicios objeto del presente contrato, se llevarán a cabo bajo las indicaciones que al efecto realicen los **PROFESIONISTAS** que designe "EL MUNICIPIO", obligándose "EL HOSPITAL" a acatarlas y en consecuencia a hacerse absolutamente responsable del desarrollo de la prestación de los servicios, los cuales se realizarán por adelantado, como condición general.

**SÉPTIMA.- (VIGENCIA)** Ambas partes acuerdan que el presente Contrato tendrá una vigencia a partir del día, 01-uno de enero de 2017-dos mil diecisiete, para concluir el día 31-treinta y uno de diciembre de 2017-dos mil diecisiete.

**OCTAVA.- (CASO DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS POR UN TERCERO)** "EL HOSPITAL" se obliga a prestar los servicios hospitalarios especificados en el plan de servicios a los **BENEFICIARIOS** por medio de los **PROFESIONISTAS** de "EL MUNICIPIO" y con el personal calificado de "EL HOSPITAL"; sin embargo, "EL HOSPITAL" se obliga a proporcionar atención médica profesional subrogada a los **BENEFICIARIOS**, con especialistas, cuando sea necesario, a juicio de "EL HOSPITAL", obligándose a responder directamente ante "EL MUNICIPIO" por los servicios prestados por dichos terceros y a no variar los precios que



**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



se establecen en el Anexo 1 de este contrato por dicha causa. Dicho plan de servicios es el contenido en el Anexo 1, el cual es parte integrante de este contrato.

Cuando por falta de equipo adecuado o incapacidad física no sea posible atender a los **BENEFICIARIOS**, el servicio podrá subrogarse a centros hospitalarios y médicos particulares a costa de "EL HOSPITAL".

**NOVENA.- (DE LAS EMERGENCIAS MÉDICAS)** "EL HOSPITAL" se obliga a proporcionar servicio médico de emergencia en sus instalaciones, las 24-veinticuatro horas del día.

**DÉCIMA.- (LOS MATERIALES Y MEDICAMENTOS)** "EL HOSPITAL" se compromete a tener en existencia los materiales y medicamentos que se establezcan como los básicos requeridos para la atención de casos de urgencia, ya sea por enfermedad o accidente; en caso de que el medicamento no se tenga temporalmente en existencia, "EL HOSPITAL" otorgará una orden para que sea surtido en alguna farmacia de la localidad, sin costo para el **BENEFICIARIO**.

**DÉCIMA PRIMERA-** "EL HOSPITAL" se compromete a determinar un área exclusiva para la prestación de los servicios a favor de los **BENEFICIARIOS**.

Así mismo, "EL HOSPITAL" se obliga a conceder a los **BENEFICIARIOS** de "EL MUNICIPIO" en la salida de alta del hospital, un margen de 02-dos horas posteriores a la señalada en la política establecida por "EL HOSPITAL".

**DÉCIMA SEGUNDA.- (SUMINISTRO DE INFORMACIÓN)** "EL HOSPITAL" en todo momento, previa solicitud por escrito por parte de "EL MUNICIPIO", se obliga a proporcionar a "EL MUNICIPIO" a través de la Dirección de Servicios Médicos de la Secretaría de Administración, todo tipo de información relacionada con el objeto del presente contrato, mediante reportes que extraordinariamente deberá rendir independientemente de los que por la operación de objeto cada mes formulará.

**DÉCIMA TERCERA.- (SUPERVISIÓN)** "EL HOSPITAL" acepta estar sujeto a la supervisión de la calidad de los servicios, a practicar una inspección física sobre el equipo, consultorios y áreas utilizadas para atender a los **BENEFICIARIOS**, así como de los registros médicos de dichas personas y a la inspección física de sus instalaciones que en todo tiempo se realice cada vez que "EL MUNICIPIO" lo estime necesario, a fin de verificar el debido cumplimiento de las normas oficiales que correspondan, licencias, autorizaciones y permisos a que deba sujetarse "EL HOSPITAL", dentro de su ámbito de acción comercial y profesional, sin que lo anterior implique responsabilidad alguna para la misma, la falta de cumplimiento del servicio o de las condiciones ofertadas será motivo de rescisión así como la aplicación de las sanciones correspondientes, lo anterior de conformidad con lo señalado en el artículo 78 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Contratación de Servicios del Estado de Nuevo León y en el artículo 120 de su Reglamento.

6







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



**DÉCIMA CUARTA.- (REGISTROS) “EL HOSPITAL”** se obliga a mantener los registros de los **BENEFICIARIOS** en confidencialidad, pudiendo mostrarlos únicamente al propio **BENEFICIARIO**, a **“EL MUNICIPIO”** o a quien en términos de la legislación aplicable se le deba dar acceso.

**DÉCIMA QUINTA.- (REASIGNACIÓN DE PACIENTES) “EL HOSPITAL”** se obliga a coordinarse con **“EL MUNICIPIO”** cuando resulte necesaria la reasignación de los **BENEFICIARIOS** como pacientes de un **PROFESIONISTA** a otro, previa entrega por escrito de sus condiciones clínicas; tal reasignación solo se dará cuando la relación contractual entre **“EL MUNICIPIO”** y el **PROFESIONISTA** responsable concluya, o cuando **“EL MUNICIPIO”** así lo determine, debiendo en ambos casos hacer este último la designación correspondiente.

**DÉCIMA SEXTA.- (INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS) “EL MUNICIPIO”** se obliga a proporcionar por escrito a **“EL HOSPITAL”** la información necesaria para verificar la elegibilidad de los **BENEFICIARIOS** que reciben los servicios hospitalarios. **“EL MUNICIPIO”** se obliga a informar por escrito sobre cualquier actualización a la lista de **BENEFICIARIOS**.

**DÉCIMA SÉPTIMA.- (FINIQUITO DE OBLIGACIONES POR TERMINACIÓN DEL CONTRATO)** Ambas partes acuerdan que al terminarse el presente contrato, todas las cantidades adeudadas deberán pagarse dentro de los 45-cuarenta y cinco días naturales posteriores a la fecha de terminación del presente contrato ya sea por término de la vigencia o por terminación anticipada. Así mismo **“EL HOSPITAL”** se obliga a terminar de proporcionar los servicios médicos, hospitalarios y de medicinas, a los **BENEFICIARIOS** que se encuentren hospitalizados y a los que por su tratamiento no puedan trasladarse a otro lugar por que implique riesgo para el paciente o porque no pueda suspenderse en ese momento el tratamiento, por su parte; **“EL MUNICIPIO”** se obliga a pagar por esos servicios.

**DÉCIMA OCTAVA.- (SOLUCIÓN EN CASO DE CONTROVERSIA MEDICA)** Ambas partes acuerdan que en caso de existir alguna diferencia de criterios entre **“EL HOSPITAL”** y el **PROFESIONISTA** sobre el tratamiento médico que debe llevar a cabo, **“EL HOSPITAL”** notificará a **“EL MUNICIPIO”** y al **BENEFICIARIO** a fin de que se someta a revisión y se resuelva médicamente el tratamiento indicado.

**DÉCIMA NOVENA.- (SECRETO PROFESIONAL) “EL HOSPITAL”** se obliga a guardar confidencialidad y secreto profesional sobre cualquier información que proporcione **“EL MUNICIPIO”** y el **BENEFICIARIO**, para el desempeño de sus obligaciones. **“EL MUNICIPIO”** reconoce que **“EL HOSPITAL”** tendrá en su poder la información confidencial reservada y que será utilizada para los propósitos y obligaciones consignados en este contrato. **“EL MUNICIPIO”** deberá de tomar las medidas necesarias sobre la manera en que deba protegerse la información confidencial que a su vez le proporcione a **“EL HOSPITAL”**. Las obligaciones de las partes consentidas en esta cláusula subsistirán al término de este contrato.





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



**VIGÉSIMA.- (GARANTÍA DE BIENES)** “EL HOSPITAL” en este acto garantiza los bienes y/o servicios que realice durante la vigencia del presente instrumento jurídico, por un periodo de 12-doce meses contados a partir de la prestación de los mismos a “EL MUNICIPIO”.

“EL HOSPITAL” será el responsable de realizar las gestiones necesarias ante el proveedor, fabricante y/o distribuidor de cualquiera de los bienes y/o servicios contratados, respecto de cualquier reclamación por parte de “EL MUNICIPIO”, para efectos de la garantía.

**VIGÉSIMA PRIMERA.- (CONDICIONES DE ENTREGA)** Para la prestación de los servicios correspondientes, será necesaria la presentación del formato de responsiva, hoja de multiformato y registro actualizado vigente del derechohabiente al que se le autorice algún servicio, documento que será entregado al derechohabiente, previo a la programación del servicio autorizado.

**VIGÉSIMA SEGUNDA.- (PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE ENTREGA)** “EL HOSPITAL” se obliga a prestar los servicios en el domicilio e instalaciones del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio Gonzalez”, ubicado en la Av. Francisco I. Madero Poniente S/N y Avenida Gonzalitos, Colonia Mitras Centro, en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, durante las 24-veinticuatro horas del día, los 365-trescientos sesenta y cinco días del año.

Manifestando las partes que la aceptación de los bienes y/o servicios objeto del presente Contrato, quedará sujeta a la verificación de las características y especificaciones de los bienes y/o servicios a entregar por parte de la Dirección de Servicios Médicos Municipales, estando de acuerdo que hasta en tanto no se lleve a cabo la verificación, los bienes no se tendrán por recibidos o aceptados.

**VIGÉSIMA TERCERA.- (ACREDITACIÓN DE LA PERSONA CUBIERTA)** “EL HOSPITAL” se obliga a solicitar a los beneficiarios de “EL MUNICIPIO”, a fin de garantizar que es persona cubierta, lo siguiente:

- a) **SERVICIOS PROGRAMADOS.-** La persona cubierta deberá proporcionar la autorización de hoja de vigencia de derechos con fotografía validada por la Dirección de Servicios Médicos Municipales, la cual deberá tener una vigencia de 10-diez días naturales como máximo, contados a partir de la fecha de expedición, así como también deberá de presentar la solicitud de servicios debidamente autorizada por el médico que la atendió en la Dirección de Servicios Médicos Municipales.
- b) **SERVICIO EN CASO DE URGENCIAS.-** La persona cubierta deberá proporcionar la autorización de hoja de vigencia de derechos con fotografía validada por la Dirección de Servicios Médicos Municipales, la cual deberá tener una vigencia de 10-diez días naturales como máximo, contados a partir de la fecha de expedición, así como también deberá de presentar la solicitud de servicios debidamente autorizada por el médico que la atendió en la Dirección de Servicios Médicos Municipales, la cual en caso de no





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



presentarla en el acto de la urgencia, podrá presentarla posteriormente en un plazo no máximo de 24-veinticuatro horas.

En caso de no presentar lo anterior **"EL MUNICIPIO"** bajo ninguna circunstancia se hará responsable de los casos que no justifiquen ser persona cubierta por **"EL MUNICIPIO"**.

**VIGÉSIMA CUARTA.- (PRÓRROGAS) "EL HOSPITAL"**, podrá solicitar prórroga en la prestación de los servicios objeto del presente Contrato solamente en el siguiente supuesto:

- a) Fuerza mayor o caso fortuito, entendiéndose como tal lo señalado en la legislación aplicable;

En el supuesto descrito en la presente cláusula no procederá aplicar a **"EL HOSPITAL"**, penas convencionales por atraso.

**VIGÉSIMA QUINTA.- (RESCISIÓN) "EL MUNICIPIO"** rescindirá administrativamente el Contrato cuando **"EL HOSPITAL"** no cumpla con las condiciones establecidas en el mismo, sin necesidad de acudir a los Tribunales competentes en la materia, por lo que de manera enunciativa, mas no limitativa, se entenderá por incumplimiento: la no entrega de los servicios en las fechas establecidas en el presente instrumento jurídico, o en el plazo adicional que **"EL MUNICIPIO"** haya otorgado para la sustitución de los servicios, que en su caso, hayan sido devueltos.

Adicional a lo anterior, se podrá rescindir el Contrato por las siguientes causas:

- a) No iniciar los trabajos objeto del Contrato dentro de los 15-quince días naturales siguientes a la fecha convenida sin causa justificada;
- b) Interrumpir injustificadamente la entrega de los bienes y/o la prestación de servicios;
- c) Negarse a reparar o reponer la totalidad o alguna parte de los bienes y/o servicios entregados, que se hayan detectado como defectuosos;
- d) No entregar los bienes o no prestar los servicios de conformidad con lo estipulado en el Contrato;
- e) No hacer entrega sin justificación alguna de las garantías que al efecto se señalen en los Contratos derivados de los procedimientos de contratación regulados por la Ley y su Reglamento;
- f) No dar cumplimiento a los programas pactados en el Contrato para la prestación del servicio de que se trate sin causa justificada;
- g) No hacer del conocimiento de la Dirección de Adquisiciones de la Secretaría de Administración o de la Tesorería Municipal que fue declarado en concurso mercantil o alguna figura análoga;
- h) Cuando **"EL HOSPITAL"** ceda total o parcialmente, bajo cualquier título, los derechos y obligaciones a que se refiere el Contrato, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se debe contar con el consentimiento de **"EL MUNICIPIO"**;





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



- i) No dar a la autoridad competente las facilidades y datos necesarios para la inspección, vigilancia y supervisión de los materiales y trabajos;
- j) Cambiar su nacionalidad por otra, en el caso de que haya sido establecido como requisito tener una determinada nacionalidad;
- k) Incumplir con el compromiso que, en su caso haya adquirido al momento de la suscripción del Contrato, relativo a la reserva y confidencialidad de la información y documentación proporcionada por el sujeto obligado para la ejecución de los trabajos.

Lo anterior, en la inteligencia de que **"EL HOSPITAL"** tendrá la obligación de reparar los daños y perjuicios que se causen a **"EL MUNICIPIO"**, en caso de incurrir en cualquiera de los supuestos anteriormente mencionados, y a causa de ello, opere la rescisión de este Contrato.

La Dirección de Adquisiciones de la Secretaría de Administración, iniciará el Procedimiento de Rescisión, comunicando por escrito a **"EL HOSPITAL"**, del incumplimiento en que haya incurrido, para que dentro de un término de 05-cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente al en que se le entregó el escrito, exponga lo que a su derecho convenga y aporte, en su caso, las pruebas que estime pertinentes.

Transcurrido dicho plazo se resolverá en el término de 15-quince días hábiles; contados a partir de que **"EL HOSPITAL"** haya expuesto lo que a su derecho convenga, considerando los argumentos y pruebas que se hubieren hecho valer, por parte de **"EL HOSPITAL"**

**VIGÉSIMA SEXTA.- (LICENCIAS, AUTORIZACIONES Y PERMISOS)** **"EL HOSPITAL"** se obliga a asumir directamente la responsabilidad por el trámite y obtención de todos los permisos y licencias que resulten necesarios para llevar el debido cumplimiento de este Contrato y demás elementos necesarios cuando se trate de resarcir algún daño, liberando a **"EL MUNICIPIO"** de cualquier sanción económica o legal que pudiere darse por la carencia de dichas autorizaciones o irregularidades generadas.

**VIGÉSIMA SÉPTIMA.- (PENA CONVENCIONAL)** En caso de que se incumpla cualquiera de los plazos establecidos en el suministro del bien y/o servicio objeto del presente instrumento por causas imputables a **"EL HOSPITAL"**, debidamente probadas por **"EL MUNICIPIO"** y que se adquieren según lo estipulado dentro de las especificaciones y características técnicas y económicas ofertadas por **"EL HOSPITAL"** deberá pagar como pena convencional a **"EL MUNICIPIO"**, la cantidad equivalente al 2.0%-dos por ciento, por cada día natural de mora, respecto de la entrega de los bienes o la prestación de los servicios contratados. Para dicho efecto se contabilizarán los días de retraso que hayan transcurrido en la entrega del bien y/o servicio.

- a) Las penas se harán efectivas descontándose del pago que **"EL HOSPITAL"** tenga pendiente en **"EL MUNICIPIO"**, independientemente que se hagan efectivas las garantías otorgadas.

**VIGÉSIMA OCTAVA.- (PROPIEDAD INTELECTUAL)** Ambas partes acuerdan que **"EL**

y

10







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



**HOSPITAL**", es el único responsable en caso de violaciones en materia de derechos inherentes a la propiedad intelectual. Salvo que exista impedimento o así convengan a los intereses de **"EL MUNICIPIO"**, la estipulación de que los derechos inherentes a la propiedad intelectual, que se deriven de los servicios de consultorías, asesorías, estudios e investigaciones contratados, invariablemente se constituirán a favor de **"EL MUNICIPIO"**, en los términos de las disposiciones legales aplicables, obligándose **"EL HOSPITAL"**, a llevar a cabo todos los procesos legales y administrativos necesarios para cumplir con dicha obligación.

**VIGÉSIMA NOVENA.- (MODALIDAD DE PAGO) "EL HOSPITAL"**, deberá de presentar la documentación completa y debidamente requisitada para realizar el pago correspondiente en:

- a) Factura original a favor del Municipio de la Ciudad de Monterrey, en que deberá presentarse el Impuesto al Valor Agregado.
- b) Copia del acuse de recibo de la garantía de cumplimiento del Contrato.
- c) Los documentos que acrediten la entrega de los bienes y/o servicios.

Dicha documentación deberá presentarse en la Dirección de Adquisiciones de la Secretaría de Administración, ubicada en el Segundo piso del Palacio Municipal de la Ciudad de Monterrey, sito en la calle Zaragoza Sur s/n, Zona Centro en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León.

La fecha de pago no excederá de 45-cuarenta y cinco días naturales posteriores a la presentación de la documentación respectiva, previa validación de la factura y/o recibo de honorarios correspondiente por la Dirección de Servicios Médicos de la Secretaría de Administración, la cual avala la comprobación de la entrega de los bienes y/o servicios contratados, siendo aceptada y autorizada por la Tesorería Municipal.

En caso de que **"EL HOSPITAL"** no presente en tiempo y forma la documentación requerida, la fecha de pago se recorrerá el mismo número de días que dura el retraso.

El pago se efectuará por parte de la Dirección de Egresos de la Tesorería Municipal de Monterrey, previa entrega de la documentación correspondiente, para lo cual es necesario que la factura que presente **"EL HOSPITAL"** reúna los requisitos fiscales que establece la Legislación vigente en la materia, en caso de no ser así, **"EL MUNICIPIO"** no gestionará el pago a **"EL HOSPITAL"**, hasta en tanto no se subsanen dichas omisiones.

**TRIGÉSIMA.- (COBERTURA DEL PAGO) "EL HOSPITAL"** se obliga a no solicitar en ningún caso y bajo ninguna circunstancia, el pago de cantidad de numerario alguna por los servicios objeto del presente contrato a los **BENEFICIARIOS**, exceptuándose solo los casos extraordinarios, en los cuales el médico de **"EL MUNICIPIO"** y bajo su responsabilidad autorizará otro tipo de medicamentos o servicios en caso de ser necesario. Así como para el caso de la prestación de servicios que no se encuentren amparados por **"EL MUNICIPIO"**, mediante este contrato, siempre que se hagan del conocimiento previo de los **BENEFICIARIOS** en esa situación específica, deberá efectuarse directamente a éstas el cargo adicional, que por ese concepto se genere.

J

11





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



**TRIGÉSIMA PRIMERA.- (SUBCONTRATACION)** “EL HOSPITAL” se obliga a prestar los servicios objeto del presente instrumento jurídico, por lo cual acepta que todos los derechos y obligaciones a su cargo, no podrán ser subcontratados, cedidos, vendidos o transmitidos a terceros en ninguna forma y bajo ninguna circunstancia, respondiendo en forma única y directa ante “EL MUNICIPIO” por todas y cada una de las obligaciones que se establecen en el presente Contrato.

**TRIGÉSIMA SEGUNDA.- (TERMINACIÓN ANTICIPADA)** Ambas partes manifiestan estar de acuerdo en que “EL MUNICIPIO” podrá dar por terminado el presente Contrato en cualquier momento, dando aviso por escrito y de forma fehaciente, cuando menos con 30-treinta días naturales de anticipación, sin que ello genere para ninguna de las partes contratantes obligación de satisfacer daños y perjuicios que pudiera causarse.

Adicional a lo señalado en el párrafo anterior y de manera enunciativa mas no limitativa, “EL MUNICIPIO” podrá dar por terminado anticipadamente el presente Contrato, en los siguientes casos:

- a) El incumplimiento por parte de “EL HOSPITAL” de cualquiera de sus obligaciones consignadas en el presente instrumento.
- b) El aviso que mediante escrito presentado por “EL MUNICIPIO” con 30-treinta días naturales de anticipación, ante “EL HOSPITAL” manifieste que es su deseo dar por terminado el presente contrato, sin que ello genere la obligación de satisfacer los daños y perjuicios que pudiera causarse, renunciando “EL HOSPITAL” a cualquier derecho que por este concepto pudiera tener.
- c) Cuando “EL MUNICIPIO” no se encuentre de acuerdo con el aumento de los precios a cobrarse por parte de “EL HOSPITAL”.
- d) De manera inmediata cuando “EL MUNICIPIO” determine que la salud, seguridad, bienestar o en general la integridad física de los BENEFICIARIOS se encuentre en peligro a causa de la calidad en los servicios que preste “EL HOSPITAL”, por virtud de este contrato.
- e) Cuando por causas justificadas se extinga la necesidad de requerir los servicios objeto de este contrato o se demuestre que, de continuar con el cumplimiento de las obligaciones pactadas, se ocasionaría un daño o perjuicio a “EL MUNICIPIO”.
- f) La Rescisión Administrativa.

**TRIGÉSIMA TERCERA.- (NORMAS OFICIALES MEXICANAS)** “EL HOSPITAL” se obliga a cumplir con las normas oficiales mexicanas aplicables para las especialidades de rayos x, NOM-146-SSA1-1996 y NOM-157-SSA1-1996, laboratorio clínico NOM-166-SSA1-1998 y transfusión sanguínea NOM-003-SSA2-1993; la NOM- 168-SSA1-1999 por la que deberá de elaborar expediente clínico a todo paciente atendido, utilizando papelería de “EL HOSPITAL” con hojas foliadas y tenerlo disponible cuando lo solicite “EL MUNICIPIO”; así como las normas oficiales mexicanas que rijan el cumplimiento de la Ley General de Salud.

*[Firma]*





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



**TRIGÉSIMA CUARTA.- (SUSPENSIÓN Y/O RENUNCIA DEL SERVICIO)** Si "EL HOSPITAL", a su solo juicio y en cualquier momento, suspende el suministro de los bienes y/o la prestación de servicios mediante los cuales fue adjudicado será sujeto a las siguientes condicionantes:

- a) "EL HOSPITAL" deberá cumplir plenamente con los requerimientos que le fueron solicitados antes de llevar a cabo la suspensión;
- b) "EL HOSPITAL" deberá pagar a "EL MUNICIPIO", por la opción de suspensión y/o renuncia, los montos correspondientes al 100%-cien por ciento de la parte no ejercida del monto adjudicado o en su defecto, del monto de suficiencia presupuestal autorizado para el ejercicio fiscal según corresponda;
- c) "EL MUNICIPIO" ejecutará las Garantías para cobrar los montos correspondientes al 100%-cien por ciento de la parte no ejercida del monto adjudicado o en su defecto, del monto de suficiencia presupuestal autorizado para el ejercicio fiscal según corresponda.

Ambas partes manifiestan que todas las obligaciones a cargo de "EL HOSPITAL", se encuentran insertas en el presente instrumento jurídico y sus anexos, por lo que deberán de ser cumplidas en la forma y términos previstos en el Contrato y la no realización de los mismos, hará incurrir a "EL HOSPITAL" en incumplimiento del Contrato en forma automática y de pleno derecho, sin necesidad de notificación, requerimiento o interpelación de ninguna índole, y deberá de cubrir a "EL MUNICIPIO", los gastos señalados en los inciso b) y c) del párrafo anterior de la presente cláusula.

**TRIGÉSIMA QUINTA.- (CONFIDENCIALIDAD)** "EL MUNICIPIO" y "EL HOSPITAL" son conscientes de que en el presente Contrato, tanto los empleados de "EL HOSPITAL" como asimismo los servidores públicos de "EL MUNICIPIO" podrán tener acceso a información en posesión, la cual a todo efecto deberá ser considerada como confidencial y/o reservada y en tal virtud no divulgable a ningún tercero (en adelante "LA INFORMACIÓN").

En tal sentido, "EL MUNICIPIO" y "EL HOSPITAL" convienen en no divulgar ni transferir a terceros, sin previa autorización por escrito del titular de "LA INFORMACIÓN", cualquier información que se reciba, ya sea verbal, escrita, almacenada, en forma magnética o se genere con relación a las acciones y los trabajos que se desarrollen para alcanzar el objeto del presente Contrato.

"EL MUNICIPIO" y "EL HOSPITAL" podrán divulgar "LA INFORMACIÓN", total o parcialmente, sólo a aquellos empleados y funcionarios que tuvieren necesidad de conocerla exclusivamente a efecto de que puedan cumplir con sus obligaciones bajo este instrumento jurídico, comprometiéndose a tomar todas las medidas necesarias para que dichos empleados y funcionarios estén advertidos de la naturaleza confidencial de "LA INFORMACIÓN". La divulgación a cualquier otra persona queda estrictamente prohibida salvo consentimiento por escrito de "EL MUNICIPIO".

"EL MUNICIPIO" y "EL HOSPITAL" se comprometen a que el manejo de "LA INFORMACIÓN" derivada del presente Contrato deberá de cumplir con lo señalado en la Ley



13/11/19



**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Nuevo León en materia de protección de datos de carácter personal, en particular, con las medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas de sus sistemas.

**TRIGÉSIMA SEXTA.- (IMPUESTOS Y DERECHOS)** Ambas partes acuerdan que los impuestos y derechos federales o locales que se causen, derivados de la realización del presente instrumento jurídico, serán erogados por "EL HOSPITAL", "EL MUNICIPIO" solo cubrirá el Impuesto al Valor Agregado, de conformidad con la Ley vigente en la materia.

**TRIGÉSIMA SÉPTIMA.- (RESPONSABILIDAD TOTAL)** "EL HOSPITAL" asumirá la responsabilidad total para el caso de que, al abastecer los bienes y/o servicios a "EL MUNICIPIO", infrinja disposiciones referentes a regulaciones, permisos, Normas o Leyes, quedando obligado a liberar a "EL MUNICIPIO" de toda responsabilidad de carácter civil, penal, mercantil, fiscal o de cualquier otra índole.

**TRIGÉSIMA OCTAVA.- (DE LA SUFICIENCIA DEL PERSONAL)** "EL HOSPITAL" se obliga a proporcionar el personal suficiente para realizar todos los servicios objeto del presente instrumento que sean requeridos por "EL MUNICIPIO".

"EL MUNICIPIO" expresamente declara que bajo ninguna circunstancia existirá relación laboral alguna entre éste y "EL HOSPITAL". El personal designado por las partes para la ejecución de lo pactado objeto del presente instrumento, mantendrá su actual relación laboral, por lo tanto, continuará bajo la dependencia de quien lo haya contratado. "EL MUNICIPIO", será ajeno de los conflictos que se deriven de las relaciones laborales entre "EL HOSPITAL" y su personal para el cumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato y consecuentemente están obligadas a resarcir a "EL MUNICIPIO" cualquier erogación que llegase a efectuar por tal concepto.

**TRIGÉSIMA NOVENA.- (RELACIÓN LABORAL)** Queda expresamente estipulado que el personal operativo que cada una de las partes asigne para llevar a cabo la entrega de los bienes y/o la prestación del servicio, estarán bajo la responsabilidad directa del que lo haya contratado, por lo que ninguna de las partes, serán considerados como patrón sustituto del personal de la otra.

En razón de lo anterior, "EL MUNICIPIO" no tendrá relación alguna de carácter laboral con dicho personal y por lo mismo, "EL HOSPITAL" lo exime de toda responsabilidad o reclamación que pudiera presentarse en materia de trabajo y seguridad social.

**CUADRIGÉSIMA.- (DEL PERSONAL)** "EL HOSPITAL" se compromete a que el personal a su cargo, designado para la prestación de servicios, los efectuará de manera eficiente y adecuada, mismos que deberán estar plenamente identificados para ello al encontrarse en las instalaciones de "EL HOSPITAL", además su personal será el único responsable de los daños y perjuicios que sean ocasionados al mismo, excluyendo de cualquier responsabilidad o riesgo a "EL MUNICIPIO".

14







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



**CUADRIGÉSIMA PRIMERA.- (SUBSISTENCIA DEL CONTRATO)** Los contratantes están de acuerdo en que si durante la vigencia del Contrato "EL HOSPITAL" por cualquier causa cambiara su domicilio o denominación social actual por alguna otra, el presente Contrato subsistirá en los términos establecidos, comprometiéndose "EL HOSPITAL", a notificar de inmediato tal circunstancia a "EL MUNICIPIO".

**CUADRIGÉSIMA SEGUNDA.- (MODIFICACIONES)** Los actos y omisiones de las partes en relación al presente Contrato, no podrán en forma alguna interpretarse como una modificación al sentido o espíritu del mismo, es decir, para que el presente Contrato pueda ser modificado, será necesario e indispensable el acuerdo por escrito y firmado de ambas partes, siempre que el monto total de la modificación no rebase, en conjunto, el 20%-veinte por ciento del monto o cantidad de los conceptos y volúmenes establecidos originalmente en los mismos, y el precio de los servicios sea igual al originalmente pagado.

**CUADRIGÉSIMA TERCERA.- (SUBTÍTULOS)** Las partes acuerdan que los subtítulos en este Contrato son exclusivamente para referencia, por lo que no se considerarán para efectos de interpretación o cumplimiento del mismo.

**CUADRIGÉSIMA CUARTA.- (LEGISLACIÓN APLICABLE)** En caso de suscitarse alguna controversia en relación a la interpretación o cumplimiento del presente Contrato, las partes están de acuerdo y convienen en sujetarse a los ordenamientos legales vigentes en el Estado de Nuevo León.

**CUADRIGÉSIMA QUINTA.- (TRIBUNALES COMPETENTES)** Sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula **VIGÉSIMA QUINTA** de este Contrato, y sin renunciar "EL MUNICIPIO" al procedimiento administrativo de existir causa de rescisión ambas partes están de acuerdo en someterse y sujetarse a la competencia de los Tribunales de la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, en caso de surgir alguna controversia relacionada con el cumplimiento o incumplimiento del presente Contrato, renunciando para ello a la competencia que por razón de su lugar, fuero o cualquier otro motivo pudiera corresponderles.

Enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Contrato, el cual consta de 17-dieciséis fojas por el anverso, manifiestan que no existe impedimento legal o vicio alguno de voluntad o de consentimiento que pudiera invalidarlo, lo firman de conformidad el día 30-treinta de diciembre de 2016-dos mil dieciséis, en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León.





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



POR "EL MUNICIPIO"

\_\_\_\_\_  
C. HÉCTOR ANTONIO GALVÁN ANCIRA  
DIRECTOR JURÍDICO DE LA  
SECRETARÍA DEL AYUNTAMIENTO

\_\_\_\_\_  
C. ALÁN GERARDO GONZÁLEZ SALINAS  
DIRECTOR DE ADQUISICIONES DE LA  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN

\_\_\_\_\_  
C. LEONARDO ARNULFO RAMOS  
VALENZUELA  
DIRECTOR DE EGRESOS DE LA  
TESORERÍA MUNICIPAL

\_\_\_\_\_  
C. ELVIRA YAMILETH LOZANO GARZA  
SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN

\_\_\_\_\_  
C. MANUEL SANMIGUEL RAMOS  
DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS  
MUNICIPALES





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



POR "EL HOSPITAL"

**C. EDELMIRO PÉREZ RODRÍGUEZ**  
**DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"**

HOJA 17-DIECISIETE DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALIZACIÓN, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL MUNICIPIO DE MONTERREY, NUEVO LEÓN Y LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ" EN FECHA TREINTA DE DICIEMBRE DE 2016-DOS MIL DIECISÉIS.

Handwritten initials and signature on the right margin.

Handwritten signature on the right margin.

Handwritten initials and the number 17.





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



**ANEXO 1 DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL MUNICIPIO DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, A TRAVÉS DEL DIRECTOR JURÍDICO DE LA SECRETARÍA DEL AYUNTAMIENTO, C. HÉCTOR ANTONIO GALVÁN ANCIRA; DIRECTOR DE ADQUISICIONES DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN, C. ALÁN GERARDO GONZÁLEZ SALINAS; SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN, C. ELVIRA YAMILETH LOZANO GARZA; DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES, C. MANUEL SANMIGUEL RAMOS; Y EL DIRECTOR DE EGRESOS DE LA TESORERÍA MUNICIPAL, C. LEONARDO ARNULFO RAMOS VALENZUELA, A QUIENES EN LO SUCESIVO SE LES DENOMINARÁ “EL MUNICIPIO” Y POR LA OTRA PARTE LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ” REPRESENTADA EN ESTE ACTO, POR EL C. EDELMIRO PÉREZ RODRÍGUEZ, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL HOSPITAL”, AMBAS PARTES CON CAPACIDAD LEGAL PARA CONTRATAR Y OBLIGARSE, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:**

**ANEXO 1  
ESPECIFICACIONES, CARACTERÍSTICAS Y PRECIOS**

| PROCEDIMIENTO                                 | DEPARTAMENTO                      | PRECIOS     |
|---|-----------------------------------|-------------|
|   | ALERGIAS                          |             |
| CONSULTA PRIMERA VEZ                          | ALERGIAS                          | \$ 600.00   |
| CONSULTA SUBSECUENTE                          | ALERGIAS                          | \$ 600.00   |
| CITOLOGIA NASAL                               | ALERGIAS                          | \$ 600.00   |
| PRUEBAS CUTANEAS                              | ALERGIAS                          | \$ 1,200.00 |
| ESPIROMETRIA                                  | ALERGIAS                          | \$ 600.00   |
| ENDOSCOPIA                                    | ALERGIAS                          | \$ 600.00   |
| RINOMANOMETRIA                                | ALERGIAS                          | \$ 600.00   |
| INMUNOTERAPIA                                 | ALERGIAS                          | \$ 700.00   |
| INHALO TERAPIA                                | ALERGIAS                          | \$ 600.00   |
| PRUEBA DE PARCHE CON BATERIA                  | ALERGIAS                          | \$ 1,200.00 |
| NASOENDOSCOPIA                                | ALERGIAS                          | \$ 600.00   |
|   | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA |             |
| CITOLOGIA GINECOLOGICA                        | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA | \$ 200.00   |
| CITOLOGIA NO GINECOLOGICA                     | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA | \$ 450.00   |
| BIOPSIA POR ASPIRACION (BAAF)                 | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA | \$ 550.00   |
| BAFF PRACTICADA POR EL PATOLOGO               | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA | \$ 1,200.00 |
| BAFF DIRIGIDA POR RX CON VALORACION INMEDIATA | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA | \$ 1,200.00 |
| BIOPSIA UNICA, PEQUEÑA, NO COMPLICADA         | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA | \$ 600.00   |

v

Handwritten initials and a circular stamp from the Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Jurídico department.





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |  |              |
|--|--|--------------|
| BIOPSIA UNICA, PEQUEÑA, COMPLICADA   | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 700.00    |
| BIOPSIA MULTIPLE, NO COMPLICADA  | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 850.00    |
| BIOPSIA MEDIANA, NO COMPLICADA   | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 1,000.00  |
| BIOPSIA MEDIANA, COMPLICADA  | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 1,050.00  |
| BIOPSIA GRANDE, NO COMPLICADA  | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 1,150.00  |
| BIOPSIA GRANDE, COMPLICADA   | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 1,350.00  |
| ESPECIMENES QUIRURGICOS POR CIRUGIAS RADICALES   | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 1,750.00  |
| BIOPSIAS ESPECIALES  | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 1,000.00  |
| REVISION DE LAMINILLAS   | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 1,150.00  |
| BIOPSIA TRANSOPERATORIA UNICA  | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 1,200.00  |
| BIOPSIA TRANSOPERATORIA MULTIPLE   | ANATOMIA PATOLOGICA CITOPATOLOGIA  | \$ 1,800.00  |
| LOS ESTUDIOS QUE A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN SE PAGAN AL MOMENTO DE QUE SE REALIZAN YA QUE SON ESTUDIOS ESPECIALES |  |              |
| INMUNOHISTOQUIMICA DIAGNOSTICA (OIR MARCADOR)  | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 1,050.00  |
| PANEL PARCIAL PARA CA.DE MAMA (RE,RP, KI67)  | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 3,000.00  |
| PANEL COMPLETO PARA CA. DE MAMA (RE, RP, KI67 NEU, FCE, P53  | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 4,700.00  |
| MICROSCOPIA ELECTRONICA  | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 2,500.00  |
| FISH   | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 6,600.00  |
| HER2 NEU   | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 1,350.00  |
| INMUNOFLUORESCENCIA RENAL  | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 2,400.00  |
| INMUNOFLUORESCENCIA NO RENAL   | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 1,800.00  |
| CITOLOGIA GINECOLOGICA EN BASE LIQUIDA SIN INTERPRETACION (MONOCAPA)   | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 350.00    |
| CITOLOGIA NO GINECOLOGICA EN BASE LIQUIDA (MONOCAPA)   | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 350.00    |
| CITOLOGIA GINECOLOGICA EN BASE LIQUIDA CON INTERPRETACION (MONOCAPA)   | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 450.00    |
| CITOLOGIA NO GINECOLOGICA EN BASE LIQUIDA CON INTERPRETACION (MONOCAPA)  | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 450.00    |
| CAPTURA DE HIBRIDOS (CH2) PARA VPH DE ALTO Y BAJO RIESGO   | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 1,750.00  |
| CAPTURA DE HIBRIDOS POR CHLAMIDIA  | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 1,750.00  |
| CAPTURA DE HIBRIDOS POR GONOCOCO   | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 1,750.00  |
| PAQUETE DE CAPTURA DE HIBRIDOS POR LOS 3 ESTUDIOS ANTERIORES   | ANATOMIA PATOLOGICA  | \$ 4,350.00  |
| TIEMPO DE ENTREGA POR MONICAPA ES DE 48 HORAS TIEMPO DE ENTREGA DE (CH2) ES HASTA 3 SEMANAS                        | LOS PRECIOS INCLUYEN LOS VIALES DE TRANSPORTE, CEPILLO, PORTAOBJETOS Y TINCION |              |
| BLOCK O CILINDRO BICORTICAL  | BANCO DE HUESOS  | \$ 4,600.00  |
| BLOCK TRICORTICAL POR mm DE ALTURA   | BANCO DE HUESOS  | \$ 600.00    |
| CABEZA FEMORAL   | BANCO DE HUESOS  | \$ 11,500.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                 |              |
|---|-----------------|--------------|
| CABEZA HUMERAL                                | BANCO DE HUESOS | \$ 11,500.00 |
| CALCANEO                                      | BANCO DE HUESOS | \$ 10,000.00 |
| CHIPS DE HUESO CORTICAL 10 cc                 | BANCO DE HUESOS | \$ 800.00    |
| CHIPS DE HUESO CORTICO ESPONJOSO 50-50 10 cc  | BANCO DE HUESOS | \$ 3,700.00  |
| CHIPS DE HUESO ESPONJOSO 10 cc                | BANCO DE HUESOS | \$ 5,700.00  |
| CHIPS DE HUESO ESPONJOSO 05 cc                | BANCO DE HUESOS | \$ 3,000.00  |
| CONDILO FEMORAL                               | BANCO DE HUESOS | \$ 27,000.00 |
| CONDROGRAFT (CULTIVO DE CONDROCITOS AUTOLOGO) | BANCO DE HUESOS | \$ 75,000.00 |
| CUBITO DERECHO O IZQUIERDO                    | BANCO DE HUESOS | \$ 20,000.00 |
| CUBITO PROXIMAL O DISTAL                      | BANCO DE HUESOS | \$ 10,500.00 |
| CUBOS DE HUESO ESPONJOSO 1 cm3                | BANCO DE HUESOS | \$ 1,100.00  |
| CUÑA TRICORTICAL POR mm                       | BANCO DE HUESOS | \$ 350.00    |
| DIAFISIS DE PERONE POR cm MINIMO (600)        | BANCO DE HUESOS | \$ 400.00    |
| DIAFISIS DE TIBIA O FEMUR X cm MINIMO (1000)  | BANCO DE HUESOS | \$ 600.00    |
| DIAFISIS FEMORAL O TIBIAL CON ESPONJOSA       | BANCO DE HUESOS | \$ 5,500.00  |
| DIAFISIS HUMERAL, CUBITAL Y RADIAL cm LINEAL  | BANCO DE HUESOS | \$ 500.00    |
| DIAFISIS PERONE CON ESPONJA                   | BANCO DE HUESOS | \$ 3,200.00  |
| FASCIA LATA (60 x cm2)                        | BANCO DE HUESOS | \$ 4,500.00  |
| FEMUR COMPLETO DERECHO O IZQUIERDO            | BANCO DE HUESOS | \$ 72,000.00 |
| FEMUR DISTAL DERECHO O IZQUIERDO              | BANCO DE HUESOS | \$ 66,000.00 |
| FEMUR PROXIMAL                                | BANCO DE HUESOS | \$ 27,000.00 |
| FEMUR PROXIMAL CON CABEZA                     | BANCO DE HUESOS | \$ 36,000.00 |
| HEMI-PELVIS DERECHA O IZQUIERDA               | BANCO DE HUESOS | \$ 56,000.00 |
| HUESO ESPONJOSO GRANULADO 10 cc               | BANCO DE HUESOS | \$ 4,700.00  |
| HUESO ESPONJOSO GRANULADO 05 cc               | BANCO DE HUESOS | \$ 2,500.00  |
| HUESO ESPONJOSO GRANULADO CORTICAL 10 cc      | BANCO DE HUESOS | \$ 2,100.00  |
| HUESO ESPONJOSO GRANULADO CORTICAL 01 cc      | BANCO DE HUESOS | \$ 900.00    |
| HUESO ESPONJOSO GRANULADO CORTICAL 05 cc      | BANCO DE HUESOS | \$ 1,600.00  |
| HUESO ESPONJOSO PULVERIZADO DESMINERAL 01 cc  | BANCO DE HUESOS | \$ 1,800.00  |
| HUESO ESPONJOSO PULVERIZADO 0.5 cc            | BANCO DE HUESOS | \$ 600.00    |
| HUESO ESPONJOSO PULVERIZADO 01 cc             | BANCO DE HUESOS | \$ 900.00    |
| HUESO ESPONJOSO PULVERIZADO 02 cc             | BANCO DE HUESOS | \$ 1,700.00  |
| HUESO ESPONJOSO PULVERIZADO 05 cc             | BANCO DE HUESOS | \$ 4,000.00  |
| HUESO TENDON HUESO TENDON                     | BANCO DE HUESOS | \$ 23,000.00 |
| HUESO TENDON-HUESO ROTULIANO                  | BANCO DE HUESOS | \$ 23,000.00 |
| HUMERO COMPLETO                               | BANCO DE HUESOS | \$ 30,000.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"



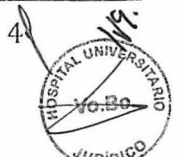


**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                    |              |
|--|--------------------|--------------|
| HUMERO DISTAL  | BANCO DE HUESOS    | \$ 10,000.00 |
| HUMERO PROXIMAL  | BANCO DE HUESOS    | \$ 21,000.00 |
| MENISCO DERECHO O IZQUIERO INTERNO O EXTERNO                           | BANCO DE HUESOS    | \$ 14,000.00 |
| MESETA TIBIAL  | BANCO DE HUESOS    | \$ 45,000.00 |
| OTROS TENDONES (TIBIAL, PERONEO, FLEXOR)                               | BANCO DE HUESOS    | \$ 22,000.00 |
| PERONE COMPLETO  | BANCO DE HUESOS    | \$ 12,000.00 |
| PLACAS CORTICAL DE TIBIA O FEMUR X cm MINIMO (600)                     | BANCO DE HUESOS    | \$ 300.00    |
| RADIO DERECHO O IZQUIERDO  | BANCO DE HUESOS    | \$ 20,000.00 |
| RADIO DIASTAL O PROXIMAL   | BANCO DE HUESOS    | \$ 10,500.00 |
| TENDON DE AQUILES CON HUESO  | BANCO DE HUESOS    | \$ 23,000.00 |
| TENDON DE AQUILES SIN HUESO  | BANCO DE HUESOS    | \$ 22,000.00 |
| TIBIA COMPLETA DERECHA O IZQUIERDA                                     | BANCO DE HUESOS    | \$ 75,000.00 |
| TIBIA DISTAL IZQUIERDA   | BANCO DE HUESOS    | \$ 18,000.00 |
| TIBIA PROXIMAL   | BANCO DE HUESOS    | \$ 72,000.00 |
| RECOLECCION DE AUTOINJERTO   | BANCO DE HUESOS    | \$ 6,000.00  |
|  | <b>CARDIOLOGIA</b> |              |
| ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL CON DOPPLER                               | CARDIOLOGIA        | \$ 2,900.00  |
| ELECTROCARDIOGRAFIA DE ESFUERZO  | CARDIOLOGIA        | \$ 1,750.00  |
| ELECTROCARDIOGRAMA   | CARDIOLOGIA        | \$ 460.00    |
| MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CON DESFIBRILADOR                       | CARDIOLOGIA        | \$ 650.00    |
| ELECTROCARDIOGRAMA AMBULATORIO DE 24HRS. (HOLTER)                      | CARDIOLOGIA        | \$ 1,750.00  |
| MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL (HOLTER DE PRESION DE 24HRS) | CARDIOLOGIA        | \$ 1,750.00  |
| ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO  | CARDIOLOGIA        | \$ 6,900.00  |
| ECOCARDIOGRAMA STRESS CON DOBUTAMINA                                   | CARDIOLOGIA        | \$ 5,450.00  |
| ECOCARDIOGRAMA STRESS CON BANDA  | CARDIOLOGIA        | \$ 4,600.00  |
| PRUEBA DE INCLINACION  | CARDIOLOGIA        | \$ 4,400.00  |
| ANGIOGRAFIA DE CORONARIAS CON VENTRICULOGRAFIA                         | CARDIOLOGIA        | \$ 19,550.00 |
| CATERETERISMO CARDIACO BILATERAL                                       | CARDIOLOGIA        | \$ 12,650.00 |
| ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA CON O SIN STENT         | CARDIOLOGIA        | \$ 27,600.00 |
| IMPLANTACION DE MARCAPASO DEFINITIVO                                   | CARDIOLOGIA        | \$ 12,650.00 |
| ULTRASONIDO INTRAVASCULAR  | CARDIOLOGIA        | \$ 19,850.00 |
| IMPLANTACION DE MARCAPASO TEMPORAL                                     | CARDIOLOGIA        | \$ 6,900.00  |
| ANGIOGRAFIA PULMONAR   | CARDIOLOGIA        | \$ 23,000.00 |
| ELECTROCARDIOVERSION   | CARDIOLOGIA        | \$ 2,900.00  |
| PERICARDIOCENTESIS   | CARDIOLOGIA        | \$ 3,350.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                                   |              |
|---|-----------------------------------|--------------|
| TERAPIA TROMBOLITICA EN INFARTO DE MIOCARDIO  | CARDIOLOGIA                       | \$ 10,350.00 |
| CONSULTA DE CARDIOLOGIA O INTERCONSULTA   | CARDIOLOGIA                       | \$ 460.00    |
| ATENCION HOSPITALARIA POR DIA VISITAS   | CARDIOLOGIA                       | \$ 920.00    |
| RENTA DE MARCAPASO TEMPORAL POR DIA   | CARDIOLOGIA                       | \$ 460.00    |
| EN CARDIOLOGIA LOS PRECIOS INCLUYEN UNICAMENTE DERECHO DE SALA, NO INCLUYEN MATERIALES NI MEDICAMENTOS ESPECIALES |                                   |              |
| ESPIROMETRIA  | CEPREP                            | \$ 774.00    |
| PLETISMOGRAFIA  | CEPREP                            | \$ 2,278.40  |
| DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO (DLCO)  | CEPREP                            | \$ 3,827.20  |
| PRESIONES MAXIMAS INSPIRATORIAS Y ESPIRATORIA (MIP-MEP)   | CEPREP                            | \$ 721.60    |
| PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR (CON GASES ESPIRADOS Y LINEA ARTERIAL)  | CEPREP                            | \$ 4,950.00  |
| PRUEBA DE RETO S/G.E. SIN LINEA ARTERIAL  | CEPREP                            | \$ 2,102.40  |
| PRUEBA DE RETO S/G.E. CON LINEA ARTERIAL  | CEPREP                            | \$ 4,126.40  |
| PRUEBA DE RETO C/G.E. CON LINEA ARTERIAL  | CEPREP                            | \$ 5,131.90  |
| OXIMETRIA/G. ARTERIALES   | CEPREP                            | \$ 672.00    |
| CAMINATA 6'   | CEPREP                            | \$ 616.00    |
| PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR (8 SEMANAS)   | CEPREP                            | \$ 8,000.00  |
| POLISOMNOGRAFIA SIMPLE  | CEPREP                            | \$ 4,950.00  |
| POLISOMNOGRAFIA CPAP  | CEPREP                            | \$ 3,850.00  |
| CONSULTA ESPECIALISTA NEUMOLOGO   | CEPREP                            | \$ 800.00    |
| CONSULTA ESPECIALISTA CARDIOLOGO  | CEPREP                            | \$ 800.00    |
|   |                                   |              |
| BAAR UNICO  | CIPTIR                            | \$ 200.00    |
| BAAR SERIADO  | CIPTIR                            | \$ 600.00    |
| BAAR Y CULTIVO  | CIPTIR                            | \$ 1,000.00  |
| KOH Y CULTIVO   | CIPTIR                            | \$ 400.00    |
| SENSIBILIDADES EN PLACA MBD   | CIPTIR                            | \$ 1,800.00  |
| SENSIBILIDADES EN LOS DOS METODOS   | CIPTIR                            | \$ 2,650.00  |
| IDENTIFICACION PARA MTB CON SENSIBILIDADES  | CIPTIR                            | \$ 1,450.00  |
| IDENTIFICACION MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS POR PCR  | CIPTIR                            | \$ 1,450.00  |
| PPD   | CIPTIR                            | \$ 180.00    |
| CANDIDINA   | CIPTIR                            | \$ 180.00    |
| COCCIDIOIDINA   | CIPTIR                            | \$ 180.00    |
|   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR |              |
| CERTOFIX COLOCACION   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 7,000.00  |
| INTRACAT COLOCACION   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 7,000.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                                   |               |
|--|-----------------------------------|---------------|
| PORTA-CAT COLOCACION   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 7,000.00   |
| CHEMO-PORT COLOCACION  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 7,000.00   |
| ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE <i>PAQUETE</i>                     | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| ANEURISMA DE CAYADO DE AORTA <i>PAQUETE</i>                      | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| ANEURISMA DE AORTA TORACICA <i>PAQUETE</i>                       | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| ANEURISMA AORTA TORACOABDOMINALES <i>PAQUETE</i>                 | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| APLICACIÓN DE FILTRO EN LA VENA INFERIOR                         | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 19,000.00  |
| APLICACIÓN DE BLOQUEO INTERCOSTAL                                | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 9,500.00   |
| APLICACIÓN DE SONDA DE TORAX                                     | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 4,800.00   |
| ARTERIODISECCION   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 5,500.00   |
| ARTERIOGRAFIA Y RECONSTRUCCION ARTERIAL                          | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 8,000.00   |
| BANDAJE DE LA PULMONAR   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 37,000.00  |
| BIOPSIA DE PARED TORACICA  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00  |
| BIOPSIA DE PLEURA POR TORACOTOMIA                                | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00  |
| BIOPSIA DE PLEURA POR TORACOSCOPIA                               | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00  |
| BIOPSIA PULMONAR POR TORACOTOMIA                                 | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 9,500.00   |
| BIOPSIA PULMONAR POR TORACOSCOPIA                                | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 36,500.00  |
| BYPASS AORTA ILIACO O AORTO FEMORAL <i>PAQUETE</i>               | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| BYPASS AORTO CORONARIO <i>PAQUETE</i>                            | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| BYPASS UN PUENTE <i>PAQUETE</i>                                  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| BYPASS DOS PUENTES <i>PAQUETE</i>                                | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| BYPASS TRES O MAS PUENTES <i>PAQUETE</i>                         | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| BYPASS FEMOROPOPLITEO O AXILOFEMORAL <i>PAQUETE</i>              | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| BYPASS Y CAMBIO VALVULAR <i>PAQUETE</i>                          | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 78,000.00  |
| BYPASS Y DOBLE CAMBIO VALVULAR <i>PAQUETE</i>                    | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 105,000.00 |
| COLOCACION DE ENDOPOTESIS POR ANEURISMA AORTO ABDOMINAL TORACICO | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 78,000.00  |
| COLOCACION DE MARCAPASO ENDOCARDICO <i>PAQUETE</i>               | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 12,700.00  |
| COLOCACION DE MARCAPASO EPICARDICO <i>PAQUETE</i>                | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 25,700.00  |
| CAMBIO DE FUENTE DE MARCAPASO <i>PAQUETE</i>                     | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00  |
| CAMBIO VALVULAR AORTICO <i>PAQUETE</i>                           | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| CAMBIO VALVULAR MITRAL <i>PAQUETE</i>                            | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| CAMBIO VALVULAR PULMONAR <i>PAQUETE</i>                          | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| CAMBIO VALVULAR TRICUSPIDEO <i>PAQUETE</i>                       | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| CAMBIO VALVULAR AORTICO Y MITRAL <i>PAQUETE</i>                  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 78,000.00  |
| CAMBIO VALVULAR PULMONAR Y TRICUSPIDEO <i>PAQUETE</i>            | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 78,000.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                                   |              |
|---|-----------------------------------|--------------|
| CAMBIO VALVULAR AORTICO Y PULMONAR <i>PAQUETE</i>             | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 78,000.00 |
| CAMBIO VALVULAR MITRAL Y TRICUSPIDEO <i>PAQUETE</i>           | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 78,000.00 |
| CIERRE DE CONDUCTO ARETERIOSO POR SECCION Y SUTURA            | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| COMISUROTOMIA VALVULAR ABIERTA                                | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| COMISUROTOMIA VALVULAR MITRAL ABIERTA                         | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| COMISUROTOMIA VALVULAR AORTICA ABIERTA                        | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| COMISUROTOMIA VALVULAR PULMONAR ABIERTA                       | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| COMISUROTOMIA VALVULAR TRICUSPIDEA                            | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| COMISUROTOMIA VALVULAR MITRAL CERRADA                         | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| COMISUROTOMIA VALVULAR PULMONAR CERRADA                       | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| COMISUROTOMIA VALVULAR TRICUSPIDEA CERRADA                    | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CONSULTA EN CONSULTORIO.                                      | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 1,000.00  |
| CONSULTA EN HOSPITAL  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 1,500.00  |
| CONSULTA EN URGENCIAS   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 2,000.00  |
| CORRECCION DE COARTACION AORTICA NIÑOS                        | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CORRECCION DE COARTACION AORTICA ADULTOS                      | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CORRECCION DE DEFECTO DE TETRALOGIA DE FALLOT. <i>PAQUETE</i> | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CORRECCION DE DEFECTO SEPTAL. (C.I.V.)                        | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CORRECCION DE DEFECTO VALVULAR (PLASTIA VALVULAR)             | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CORRECCION DE ESTENOSIS SUBVALVULAR AORTICA                   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CORRECCION DE ESTENOSIS VALVULAR AORTICA                      | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CORRECCION DE ESTENOSIS SUPRA VALVULAR AORTICA                | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CORRECCION DE TRANSPOSICION DE GRANDES VASOS                  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CURACION NORMAL Y CONSULTA                                    | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 1,200.00  |
| CURACION BAJO ANESTESIA                                       | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 3,000.00  |
| CORRECCION COMUNICACION AURICULAR                             | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| CORRECCION DE DRENAJE ANOMALO DE VENAS PULMONARES             | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| DERIVACIONES PORTO-SISTEMICAS                                 | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00 |
| DECORTICACION PULMONAR <i>PAQUETE</i>                         | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 36,500.00 |
| DRENAJE DE ABSESOS PULMONARES                                 | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 6,500.00  |
| DRENAJE DE EMPIEMA PLURAL                                     | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 6,500.00  |
| EMBOLECTOMIA ARTERIAL PERIFERICA BILATERAL                    | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 13,600.00 |
| EMBOLECTOMIA ARTERIAL PERIFERICA UNILATERAL                   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 7,800.00  |
| EMBOLECTOMIA VENOSA PERIFERICA                                | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 5,300.00  |
| EMBOLECTOMIA VENOSA CENTRAL (CAVA O PULMONAR)                 | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 47,000.00 |
| ENDARTERECTOMIA DE GRANDES VASOS                              | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 20,000.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                                   |               |
|--|-----------------------------------|---------------|
| ENDARTERECTOMIA DE MEDIANOS VASOS  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,200.00  |
| ENDARTERECTOMIA DE PEQUEÑOS VASOS  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,200.00  |
| ENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA O DE ILIACA  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,200.00  |
| ENDARTERECTOMIA DE LA AORTA  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 17,640.00  |
| ENDARTERECTOMIA FEMORAL PROFUNDOPLASTIA  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 6,500.00   |
| ESOFAGOPLASTIA CARDIOMIOTOMIA DE HELLER  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 146,000.00 |
| ESOFAGUECTOMIA   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 16,000.00  |
| ESTERNOPLASTIA   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 9,500.00   |
| EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN BRONQUIOS  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 13,000.00  |
| EXPLORACION ARTERIAL DEL CUELLO  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 7,500.00   |
| EXPLORACION ARTERIAL DE GRANDES VASOS  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 8,000.00   |
| EXPLORACION ARTERIAL DE MIEMBROS SUPERIOR E INFERIOR   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 8,000.00   |
| EXTRACCION DE TUMOR CAROTIDEO  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| FISTULA ARTERIOVENOSA INTERNA  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00  |
| FISTULA SISTEMICA MODIFICADA DE BLALOCK TAUS BLALOCK TAUSSING MODIFICADA CON GOROTEX PAQUETE | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00  |
| INGERTO DE CAROTIDA  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00  |
| INGERTO DE AORTA   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 20,000.00  |
| INGERTO DE ILIACAS   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00  |
| INGERTO DE FEMORALES   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 8,000.00   |
| INGERTO DE ARTERIAS MEDIANAS   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 8,000.00   |
| INGERTO DE ARTERIAS PEQUEÑAS   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 8,000.00   |
| INSTALACION DE CATETER FEMORAL O SUBCLAVIO   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 7,000.00   |
| INSTALACION DE CATETER DE TENCKOFF PARA DIALISIS PERITONEAL                                  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 8,000.00   |
| LIGADURA DE VENA CAROTIDA O SUBCLAVIA  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00  |
| LIGADURA DE LA VENA CAVA INFERIOS  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 13,000.00  |
| LIGADURA DE VENAS COMUNICANTES INSUFICIENTES   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,300.00  |
| LOBECTOMIA   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 24,000.00  |
| MEDIASTINOTOMIA OPARA EXTRACCION DE TUMORES  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 32,000.00  |
| NEUMONECTOMIA  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 32,000.00  |
| PERICARDIOCENTESIS POR PUNCION   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 7,500.00   |
| PERICARDIOTOMIA MAS SONDA PARA DRENAJE PAQUETE   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 37,000.00  |
| PERICARDIECTOMIA PAQUETE   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 26,000.00  |
| RECUPERADOR CELULAR  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 25,000.00  |
| REPARACION DE FISTULA BRONQUIAL  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 35,000.00  |
| REPARACION DE FISTULA TRAQUE-ESOFAGICA   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 24,000.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                                   |                |
|--|-----------------------------------|----------------|
| REPARACION DE HERIDAS DE CORAZON <i>PAQUETE</i>                | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00   |
| REPARACION DE HERIDAS DE PARED DE TORAX                        | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 5,000.00    |
| RESECCION DE DIVERTICULO ESOFAGICO                             | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 12,500.00   |
| REVASCULARIZACION RENAL  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 29,000.00   |
| REVISION DE ACCESO VASCULAR                                    | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 5,000.00    |
| CATETER CENTRAL (CERTOFIX O INTRACAT)                          | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 7,000.00    |
| CATETER PARA QUIMIOTERAPIA SUB DERMICO                         | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00   |
| TUMERECTOMIA AURICULAR O VENTRICULAR                           | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 52,500.00   |
| SAFENECTOMIA BILATERAL   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 16,000.00   |
| SAFENECTOMIA UNILATERAL  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 8,000.00    |
| SIMPATECTOMIA CERVICOTORACICA O LUMBAR UNILATERAL              | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 8,000.00    |
| SIMPATECTOMIA CERVICOTORACICA O LUMBAR BILATERAL               | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 8,000.00    |
| TIMECTOMIA RADICAL <i>PAQUETE</i>                              | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 45,000.00   |
| TIMECTOMIA <i>PAQUETE</i>                                      | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 15,000.00   |
| TORACOPLATIA   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 15,000.00   |
| TORACOTOMIA EXPLORADORA  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00   |
| TORACOSCOPIA VIDEO ASISTIDA EXPLORADORA                        | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 15,000.00   |
| TORACOSCOPIA VIDEO ASISTIDA PARA BIOPSIA PULMONAR              | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00   |
| TORACOSCOPIA VIDEO ASISTIDA PARA EMPIEMA                       | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 10,000.00   |
| TORACOSCOPIA VIDEO ASISTIDA PARA NEUMOTORAX ESPONTANEO         | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 15,000.00   |
| TORACOSCOPIA VIDEO ASISTIDA PARA LOBECTOMIA                    | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 12,000.00   |
| TORACOSCOPIA VIDEO ASISTIDA PARA RESECCION DE TUMOR PERIFERICO | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 12,000.00   |
| TORACOSCOPIA VIDEO ASISTIDA O PAR VENTANA PERICARDICA          | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 12,000.00   |
| TORACOSCOPIA VIDEO ASISTIDA PARA CIERRE DE PCA                 | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 37,000.00   |
| TRANSPLANTE RENAL <i>PAQUETE</i>                               | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 110,000.00  |
| TRANSPLANTE DE PULMON <i>PAQUETE</i>                           | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$2,200,000.00 |
| TRANSPLANTE DE AMBOS PULMONES <i>PAQUETE</i>                   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$2,200,000.00 |
| TRANSPLANTE DE CORAZON PULMON <i>PAQUETE</i>                   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$2,500,000.00 |
| TRANSPLANTE DE CORAZON <i>PAQUETE</i>                          | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$2,200,000.00 |
| VENODISECCION  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 3,000.00    |
| VENTANA PERICARDICA  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 16,000.00   |
| VENTANA TORACICA POR EMPRIMA EN PLEURA                         | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 6,500.00    |
| ABLACION ENDOLASER DE SAFENA UNA PIERNA                        | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 40,000.00   |
| ABLACION ENDOLASER DE SAFENA DOS PIERNAS                       | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 46,000.00   |
| MINIFLEBECTOMIA DOS SEGMENTOS                                  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR | \$ 48,000.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |   |               |
|---|---|---------------|
| ABLACION ENDOLASER DE SAFENA DOS PIERNAS MINIFLEBECTOMIA DE DOS SEGMENTOS | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 48,000.00  |
| MINIFLEBECTOMIA 2 SEGMENTOS   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 13,000.00  |
| ESCLEROSIS ECO GUIADA DE SAFENA   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 13,000.00  |
| ESCLEROSIS ECO GUIADA DE PERFORANTES                                      | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 1,300.00   |
| ABLACION ENDOLASER DE PERFORANTES   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 13,000.00  |
| ESCLERO-LASER TELANGECTASIAS, VENAS RETICULARES 1-3 SESIONES              | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 1,300.00   |
| ECO DUPLEX VENOSO   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 3,000.00   |
| ECO DUPLEX CAROTIDIO  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 3,000.00   |
| CONSULTA DE FLEBECTOMIA CON RASTREO DE ECO                                | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 1,600.00   |
| ABLACION QUIMICA CON ESPUMA   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 13,000.00  |
| DRENAJE LINFATICO   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 9,500.00   |
| MANEJO DE EQUIPO DE CIRCULACION EXTRACORPOREA                             | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 6,000.00   |
| MANEJO DE EQUIPO DE RECUPERACION CELULAR                                  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 6,000.00   |
| RENTA DE STAN BAY DE BALON DE CONTRAPULSACION                             | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 3,000.00   |
| MANEJO DE BALON DE CONTRAPULSACION EN CIRUGIA                             | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 5,000.00   |
| COLOCACION DE BALON DE CONTRAPULSACION                                    | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 12,000.00  |
| CATERIZACION DE ARTERIA RADIAL  | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 5,000.00   |
| COLOCACION DE CATETER CENTRAL   | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 7,000.00   |
| PAQUETE DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE TRANSPLANTE DE PULMON (PAQUETE)    | CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR         | \$ 350,000.00 |
|   | <b>CIRUGIA GENERAL</b>                    |               |
| SERVICIO DE CONSULTA  | CIRUGIA GENERAL                           | \$ 270.00     |
| RECTOSIGMOIDOSCOPIA   | CIRUGIA GENERAL                           | \$ 5,500.00   |
| BIOPSIA C / TRUCUT  | CIRUGIA GENERAL                           | \$ 4,700.00   |
| PLASTIA INGUINAL (CON MALLA)  | CIRUGIA GENERAL                           | \$ 15,500.00  |
| COSULTA GENERAL   | CIRUGIA PLASTICA                          | \$ 260.00     |
| CURACIONES  | CIRUGIA PLASTICA                          | \$ 170.00     |
| ORTODONCIA  | CIRUGIA PLASTICA                          | \$ 250.00     |
| CONSULTA ESTETICA   | CIRUGIA PLASTICA                          | \$ 300.00     |
| CONSULTA SUB-ESPECIALIDAD MANO  | CIRUGIA PLASTICA                          | \$ 300.00     |
| CONSULTA SUB-ESPECIALIDAD CRANEO  | CIRUGIA PLASTICA                          | \$ 300.00     |
|   | <b>CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA)</b> |               |
| CONSULTA  | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA)        | \$ 552.00     |
| BLOQUEO DE ARTICULACION SACROILIACA                                       | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA)        | \$ 20,700.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





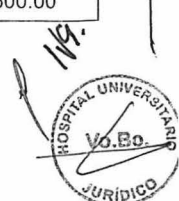


**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                                    |              |
|--|------------------------------------|--------------|
| BLOQUEO DE ARTICULACIONES                              | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEO DE GANGLIO DE GASSER GUIADO POR TAC            | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 27,600.00 |
| BLOQUEO DE MUSCULOS PROFUNDOS GUIADOS POR TAC          | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 20,700.00 |
| BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICOS                         | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEO DE OTROS NERVIOS PERIFERICOS                   | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEO DE RAMAS DE NERVO TRIGEMINO                    | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEO DEL ESFENOPALATINO                             | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 20,700.00 |
| BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO                         | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 27,600.00 |
| BLOQUEO DEL NERVO ILIOINGUINAL                         | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEO DEL NERVO OCCIPITAL                            | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEO DEL NERVO SUPRAESCAPULAR                       | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEO DEL SIMPATICO LUMBAR                           | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 27,600.00 |
| BLOQUEO NEUROLITICO DE PLEXO CELIACO                   | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 27,600.00 |
| BLOQUEO NEUROLITICO DEL ESPLACNICOS                    | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 27,600.00 |
| BLOQUEO NEUROLITICO DEL PLEXO HIPOGASTICO              | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 27,600.00 |
| BLOQUEO NEUROLITICO SUBARACNOIDEO                      | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 20,700.00 |
| BLOQUEO PARA VERTEBRAL                                 | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEOS ENDOVENOSOS CON KETAMINA O LIDOCAINA          | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEOS ENDOVENOSOS TERAPEUTICOS                      | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEOS FACETARIOS CERVICALES                         | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 20,700.00 |
| BLOQUEOS FACETARIOS LUMBARES                           | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 20,700.00 |
| BLOQUEOS INTERCOSTALES                                 | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| BLOQUEOS TERAPEUTICOS EPIDURALES                       | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 4,140.00  |
| COLOCACION DE BOMBA SUBCUTANEA                         | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 4,140.00  |
| COLOCACION DE BOMBAS EXTERNAS                          | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 1,380.00  |
| COLOCACION DE CATETERES PERIFERICOS DE PLEXO BRANQUIAL | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 20,700.00 |
| COLOCACION DE CATETERES PERIFERICOS DE PLEXO LUMBAR    | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 20,700.00 |
| INFILTRACION DE MUSCULOS CON TOXINA BOTULINICA         | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 8,280.00  |
| INFILTRACION DE PUNTOS TRIGGER                         | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 2,760.00  |
| PORTACAT EPIDURAL CONTINUO DE ANALGESIA                | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 27,600.00 |
| PORTACAT SUBARACNOIDEO CONTINUO DE ANALGESIA           | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 27,600.00 |
| RADIOFRECUENCIA PULSADA                                | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 27,600.00 |
| RECAMBIO DE BOMBAS DE INFUSION AMBULATORIA             | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 1,380.00  |
| TRATAMIENTO CON ESTIMULACION TRASCUTANEO               | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 6,900.00  |
| SELECTIVO DE RAIZ                                      | CLINICA DEL DOLOR (ANESTESIOLOGIA) | \$ 27,600.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |  |             |
|--|--|-------------|
| CONSULTA   | MEDICINA INTERNA                             | \$ 220.00   |
| NEUMOLOGIA   | Clínica DE ESPECIALIDADES (Medicina Interna) | \$ 240.00   |
| NEFROLOGIA   | Clínica DE ESPECIALIDADES (Medicina Interna) | \$ 240.00   |
| INFECTOLOGIA   | Clínica DE ESPECIALIDADES (Medicina Interna) | \$ 240.00   |
| REUMATOLOGIA   | Clínica DE ESPECIALIDADES (Medicina interna) | \$ 240.00   |
| INFILTRACION Y ASPIRACION CON AGUJA FINA                       | Clínica DE ESPECIALIDADES (Medicina Interna) | \$ 240.00   |
|  | <b>DENTAL (ODONTOLOGIA)</b>                  |             |
| CONSULTA PRIMERA VEZ   | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 200.00   |
| CONSULTA SUBSECUENTE   | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 200.00   |
| PROFILACTICO MANUAL  | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 500.00   |
| APLICACIÓN TOPICA DE FLUORURO DE NA                            | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 100.00   |
| SELLADOR DE FOCETAS Y FISURAS                                  | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 450.00   |
| FISIOTERAPIA   | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 260.00   |
| MOLDES DENTALES  | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 320.00   |
| DIAGNOSTICO RADIOGICO DE RX PERIÁPICALES INTERPROXIMLES Y OBL. | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 100.00   |
| DIAGNOSTICO DE SERIE COMPLETA DE RX.                           | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 1,000.00 |
| DIAGNOSTICO DE RADIOGRAFIA OCLUSAL                             | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 300.00   |
| TRATAMIENTO PERIODONTAL POR CUADRANTE                          | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 900.00   |
| GINGIVECTOMIA POR CUADRANTE                                    | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 2,000.00 |
| OBTURACION DE AMALGAMA   | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 600.00   |
| OBTURACION DE IRM. CAVIT O ZOE                                 | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 330.00   |
| RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO                                 | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 310.00   |
| OBTURACION DE RECINA FOTOCURBLE                                | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 1,200.00 |
| PULPOTOMIA   | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 600.00   |
| APICOFORMACION POR CITA  | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 600.00   |
| CONDUCTO RADICULAR   | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 1,800.00 |
| PROTESIS SUPERIOR INMEDIATA                                    | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 7,500.00 |
| PROTESIS INFERIOR INMEDIATA                                    | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 7,500.00 |
| PROTESIS TOTAL SUPERIOR  | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 7,500.00 |
| PROTESIS TOTAL INFERIOR  | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 7,500.00 |
| PROTESIS PARCIAL SUPERIOR                                      | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 7,500.00 |
| PROTESIS PARCIAL INFERIOR                                      | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 7,500.00 |
| REPARACION DE PROTESIS   | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 700.00   |
| REBASE DE PROTESIS   | DENTAL (ODONTOLOGIA)                         | \$ 1,500.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                      |              |
|---|----------------------|--------------|
| CORONA DE METAL POSTERIOR                         | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 4,000.00  |
| CORONA DE ACERO CROMADA INFANTIL                  | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 1,100.00  |
| CORONA DE ACERO CROMADA ADULTO                    | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 1,700.00  |
| CORONA DE PORCELANA (ANT, POSTO Y PONTICO)        | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 6,000.00  |
| CORONA PROVICIONAL DE ACRILICO                    | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 1,500.00  |
| POSTE EN METAL                                    | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 1,500.00  |
| CEMENTADO DE PROTESIS FIJA                        | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 700.00    |
| GUARDA OCLUSAL DE ACETATO                         | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 2,100.00  |
| GUARDA OCLUSAL DE ACRILICO COCIDO                 | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 4,500.00  |
| CONTROL Y AJUSTE DE GUARDA                        | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 300.00    |
| EXODONCIA SIMPLE                                  | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 500.00    |
| EXODONCIA COMPLICADA                              | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 1,500.00  |
| FERULIZACION DE DIENTES TRAUMATIZADOS C/RESINAS   | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 3,000.00  |
| BIOPSIA   | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 1,500.00  |
| ALVEOTOMIA  | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 4,000.00  |
| CIRUGIA DE DIENTE RETENIDO                        | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 3,000.00  |
| CIRUGIA BUCAL DE TEJIDOS DUROS Y TEJIDOS BLANDOS  | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 3,000.00  |
| SEDACION  | DENTAL (ODONTOLOGIA) | \$ 3,000.00  |
| RETIRO DE PUNTOS CONTROL DE POST. EX.             | DENTAL (ODONTOLOGIA) | SIN COSTO    |
| RECETA  | DENTAL (ODONTOLOGIA) | SIN COSTO    |
|   | <b>DERMATOLOGIA</b>  |              |
| CONSULTA GENERAL                                  | DERMATOLOGIA         | \$ 250.00    |
| APLICACIÓN DE ESTEROIDES INTR.                    | DERMATOLOGIA         | \$ 300.00    |
| APLICACIÓN DE MITSUDA                             | DERMATOLOGIA         | \$ 150.00    |
| APLICACIÓN DE NITROGENO LIQUIDO 1-3 VERRUGAS      | DERMATOLOGIA         | \$ 250.00    |
| APLICACIÓN DE NITROGENO LIQUIDO 3-5 VERRUGAS      | DERMATOLOGIA         | \$ 300.00    |
| APLICACIÓN DE NITROGENO LIQUIDO MAS DE 5 VERRUGAS | DERMATOLOGIA         | \$ 400.00    |
| APLICACIÓN DE PODOFILINA                          | DERMATOLOGIA         | \$ 200.00    |
| APLICACIÓN DE AMPOLLETA                           | DERMATOLOGIA         | \$ 10.00     |
| BASIOSCOPIA                                       | DERMATOLOGIA         | \$ 180.00    |
| BIOPSIA   | DERMATOLOGIA         | \$ 1,000.00  |
| BLEFAROPLASTIA DE PÁRPADOS SUPERIORES             | DERMATOLOGIA         | \$ 20,000.00 |
| BLEFAROPLASTIA DE PÁRPADOS INFERIORES             | DERMATOLOGIA         | \$ 15,000.00 |
| CIRUGIA BTO                                       | DERMATOLOGIA         | \$ 4,600.00  |
| CIRUGIA DE MOHS                                   | DERMATOLOGIA         | \$ 4,600.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |              |              |
|---|--------------|--------------|
| CRIOTERAPIA CON PROBO                         | DERMATOLOGIA | \$ 1,300.00  |
| CULTIVO DE HONGOS                             | DERMATOLOGIA | \$ 350.00    |
| CURACION                                      | DERMATOLOGIA | \$ 100.00    |
| CURETAJE                                      | DERMATOLOGIA | \$ 200.00    |
| DEPILACION LASER SESION PIERNA                | DERMATOLOGIA | \$ 1,500.00  |
| DEPILACION LASER AREA BIGOTE                  | DERMATOLOGIA | \$ 400.00    |
| DEPILACION LASER AREA BIKINI                  | DERMATOLOGIA | \$ 600.00    |
| DEPILACION LASER AREA ESPALDA                 | DERMATOLOGIA | \$ 1,500.00  |
| DEPILACION LASER AREA MENTON                  | DERMATOLOGIA | \$ 400.00    |
| DEPILACION LASER AREA PATILLAS                | DERMATOLOGIA | \$ 400.00    |
| DERMABRACION CICATRIZACION                    | DERMATOLOGIA | \$ 3,000.00  |
| DERMABRACION TATUAJE                          | DERMATOLOGIA | \$ 1,250.00  |
| DRENAJE                                       | DERMATOLOGIA | \$ 200.00    |
| ELECTROFULGURACION DE 1-5 SESIONES            | DERMATOLOGIA | \$ 800.00    |
| ELECTROFULGURACION MAS DE 5 SESIONES          | DERMATOLOGIA | \$ 1,200.00  |
| ESCLEROTERAPIA                                | DERMATOLOGIA | \$ 800.00    |
| ESTUDIO DE HISTOPATOLOGIA                     | DERMATOLOGIA | \$ 400.00    |
| EVALUACION DIAGNOSTICA DE PRUEBAS DE ALERGIAS | DERMATOLOGIA | \$ 2,000.00  |
| EXTIRPACION DE FIBROMAS                       | DERMATOLOGIA | \$ 800.00    |
| EXTIRPACION DE UÑAS ENCARNADAS                | DERMATOLOGIA | \$ 1,500.00  |
| EXTRACCION DE COMEDONES                       | DERMATOLOGIA | \$ 250.00    |
| EXTRACCION DE MOLUSCOS                        | DERMATOLOGIA | \$ 350.00    |
| EXTRACCION DE QUISTES DE MILIA                | DERMATOLOGIA | \$ 250.00    |
| FOTOREJUVENECIMIENTO                          | DERMATOLOGIA | \$ 1,500.00  |
| HUSO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO                | DERMATOLOGIA | \$ 1,000.00  |
| INMUNOFLUORESCENCIA                           | DERMATOLOGIA | \$ 1,200.00  |
| KOH   | DERMATOLOGIA | \$ 150.00    |
| LASSER LESIONES PIGMENTADAS                   | DERMATOLOGIA | \$ 1,000.00  |
| LASSER LESIONES VASCULARES                    | DERMATOLOGIA | \$ 1,500.00  |
| LASSER TERAPIA FOTODINAMICA                   | DERMATOLOGIA | \$ 2,500.00  |
| LIPOIMPLANTE                                  | DERMATOLOGIA | \$ 3,000.00  |
| LIPOSUCCION ABDOMEN Y FLANCOS                 | DERMATOLOGIA | \$ 12,500.00 |
| LIPOSUCCION CADERA                            | DERMATOLOGIA | \$ 12,500.00 |
| LIPOSUCCION CUELLO                            | DERMATOLOGIA | \$ 8,000.00  |
| LIPOSUCCION ESPALDA                           | DERMATOLOGIA | \$ 12,500.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                       |             |
|--|-----------------------|-------------|
| LIPOSUCCION MUSLO INTERIOR                         | DERMATOLOGIA          | \$ 8,000.00 |
| LIPOSUCCION RODILLA                                | DERMATOLOGIA          | \$ 6,000.00 |
| MATERIAL QUIRURGICO                                | DERMATOLOGIA          | \$ 2,000.00 |
| MEDICAMENTO  | DERMATOLOGIA          | \$ 50.00    |
| MINIJERTOS DE 1 A 5 LESIONES                       | DERMATOLOGIA          | \$ 1,000.00 |
| MINIJERTOS DE MAS DE 5 LESIONES                    | DERMATOLOGIA          | \$ 2,000.00 |
| MOSH COLGAJO                                       | DERMATOLOGIA          | \$ 7,800.00 |
| MOSH INJERTO LIBRE                                 | DERMATOLOGIA          | \$ 5,500.00 |
| PEELING ACIDO RETINOICO                            | DERMATOLOGIA          | \$ 600.00   |
| PEELING ACIDO SALICILICO                           | DERMATOLOGIA          | \$ 500.00   |
| PEELING DE JESNNER Y RESORCINA                     | DERMATOLOGIA          | \$ 800.00   |
| PEELING GLICOLICO                                  | DERMATOLOGIA          | \$ 800.00   |
| PEELING MIXTO                                      | DERMATOLOGIA          | \$ 1,650.00 |
| PCR  | DERMATOLOGIA          | \$ 1,000.00 |
| PEELING TCA  | DERMATOLOGIA          | \$ 1,650.00 |
| PRUEBA LASER                                       | DERMATOLOGIA          | \$ 500.00   |
| RADIOFRECUENCIA SEGUNDA SESION                     | DERMATOLOGIA          | \$ 500.00   |
| RADIOFRECUENCIA TATUAJE GRANDE                     | DERMATOLOGIA          | \$ 2,000.00 |
| RADIOFRECUENCIA TATUAJE PEQUEÑO                    | DERMATOLOGIA          | \$ 1,200.00 |
| RASURADO Y ELECTROFULGURACION                      | DERMATOLOGIA          | \$ 1,200.00 |
| REBAJE MECANICO                                    | DERMATOLOGIA          | \$ 130.00   |
| RENTA DE LASSER                                    | DERMATOLOGIA          | \$ 750.00   |
| RENTA DE QUIROFANO                                 | DERMATOLOGIA          | \$ 4,000.00 |
| RETIRO DE PUNTOS                                   | DERMATOLOGIA          | \$ 50.00    |
| SESION DE PUVA                                     | DERMATOLOGIA          | \$ 200.00   |
| SESION DE UVB                                      | DERMATOLOGIA          | \$ 280.00   |
| SUBINCIONES  | DERMATOLOGIA          | \$ 800.00   |
|  | <b>ENDOCRINOLOGIA</b> |             |
| CONSULTA PRIMERA VEZ                               | ENDOCRINOLOGIA        | \$ 220.00   |
| CONSULTA SUB-SECUENTE                              | ENDOCRINOLOGIA        | \$ 200.00   |
| ALFAPETOPROTEINA                                   | ENDOCRINOLOGIA        | \$ 400.00   |
| AC. ANTIMICROSOMALES (ENTITPO, ANTIPEROXIDASA)     | ENDOCRINOLOGIA        | \$ 350.00   |
| AC. ANTITIROGLOBULINA                              | ENDOCRINOLOGIA        | \$ 380.00   |
| AC. ANTITIROIDEOS (AC. ANTITIROGLOBULINA, ENTITPO) | ENDOCRINOLOGIA        | \$ 600.00   |
| AG. CARCINOEMBRIONARIO (CEA)                       | ENDOCRINOLOGIA        | \$ 330.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                |             |
|--|----------------|-------------|
| CA-125   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 300.00   |
| CA-125-3   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 350.00   |
| CA-19-9  | ENDOCRINOLOGIA | \$ 450.00   |
| CORTISOL SERICO                                      | ENDOCRINOLOGIA | \$ 300.00   |
| CORTISOL URINARIO                                    | ENDOCRINOLOGIA | \$ 350.00   |
| CUERPOS CETONICOS PLASMATICOS                        | ENDOCRINOLOGIA | \$ 80.00    |
| CUERPOS CETONICOS URINARIOS                          | ENDOCRINOLOGIA | \$ 80.00    |
| CTG DE 2 HRS/75 GRS. (2 DETERM.)                     | ENDOCRINOLOGIA | \$ 300.00   |
| CTG DE 3 HRS/100 GRS (4 DETERMINACIONES)             | ENDOCRINOLOGIA | \$ 350.00   |
| CTG DE 3 HRS/75 GRS (4 DETERMINACIONES)              | ENDOCRINOLOGIA | \$ 350.00   |
| CRG DE 2 HRS/75 GRS (3 DETERMINACIONES)              | ENDOCRINOLOGIA | \$ 320.00   |
| CTG DE 2 HRS/75 GRS CON INSULINA (2 DET. DE C/U)     | ENDOCRINOLOGIA | \$ 650.00   |
| CTH DE 5 HRS/75 GRS. (8 DETERM.)                     | ENDOCRINOLOGIA | \$ 750.00   |
| DEHIDROEPIANDROSTERONA-SULFATO SERICA                | ENDOCRINOLOGIA | \$ 250.00   |
| ESTIMULACION DE 17-A-OH-PROGESTERONA CON CORTROS)    | ENDOCRINOLOGIA | \$ 4,200.00 |
| ESTIMULACION DE CORTISOL CON CORTROSYN               | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,650.00 |
| ESTIMULACION DE CORTISON CON INSULINA                | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,000.00 |
| ESTIMULACION DE H. DE CRECIMIENTO CON CLONIDINA      | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,000.00 |
| ESTIMULACION DE H. CRECIMIENTO CON INSULINA          | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,100.00 |
| ESTIMULACION DE H. CRECIMIENTO CON EJERCICIO         | ENDOCRINOLOGIA | \$ 600.00   |
| ESTIMULACION DE LH Y FSH CON LH RH                   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 2,300.00 |
| ESTIMULO DE H DE CRECIMIENTO Y CORTISOL C/HIPOGLIC   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 2,500.00 |
| ESTIMULO DE H. FOLICULO ESTIMULANTE (FSH) CON LH-RH) | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,300.00 |
| ESTIMULO DE HORMONA LUTEINIZANTE CON (LH-RH)         | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,300.00 |
| ESTIMULACION DE TSH CON TRH                          | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,500.00 |
| ESTIMULACION DE PROLACTINA CON TRH                   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,900.00 |
| ESTIMULACION DE PROLACTINA Y TSH CON TRH             | ENDOCRINOLOGIA | \$ 3,300.00 |
| ESTRADIOL SERICO                                     | ENDOCRINOLOGIA | \$ 300.00   |
| GLUCOSA PLASMATICA CON CARGA RAPIDA                  | ENDOCRINOLOGIA | \$ 100.00   |
| GLUCOSA PLASMATICA                                   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 80.00    |
| GLUCOSA SANGUINEA CON TIRILLA                        | ENDOCRINOLOGIA | \$ 20.00    |
| GONADOTROFINA CORIONICA SUBUNIDAD-BETA TOTAL/SUERO   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 350.00   |
| HEMOGLOBINA GLUCOSILADA A1C (HB A1C)                 | ENDOCRINOLOGIA | \$ 350.00   |
| HORMONA DE CRECIMIENTO (HGH) SERICA                  | ENDOCRINOLOGIA | \$ 300.00   |
| HORMONA DE CRECIMIENTO CON C.T.G/2 HRS. (5 DETERM)   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,350.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                |             |
|---|----------------|-------------|
| HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES (TSH) SERICA                             | ENDOCRINOLOGIA | \$ 280.00   |
| HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH) SERICA                                 | ENDOCRINOLOGIA | \$ 280.00   |
| HORMONA LUTEINIZANTE (LH) SERICA  | ENDOCRINOLOGIA | \$ 280.00   |
| HORMONA PARATHIROIDEA INTACTA (PTH)                                       | ENDOCRINOLOGIA | \$ 440.00   |
| INSULINA POSTPRANDIAL   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 250.00   |
| INSULINA SERICA   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 250.00   |
| MICROALBUMINURIA (ALBUMINA EN ORINA)                                      | ENDOCRINOLOGIA | \$ 400.00   |
| PEPTIDO C   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 350.00   |
| PRUEBA DE RESERVA PANDREATICA CON BOST                                    | ENDOCRINOLOGIA | \$ 3,000.00 |
| PERFIL DE LA MUJER ADOLESCENTE (LH, FSH, E2, PRL)                         | ENDOCRINOLOGIA | \$ 600.00   |
| PERFIL DE REPRODUCCION O GINECOLOGICO (LH, FSH, E2)                       | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,100.00 |
| PERFIL DEL CLIMATERIO ( LH, FSH, E2)                                      | ENDOCRINOLOGIA | \$ 500.00   |
| PERFIL DE ANOVULACION (LH, FSH, TSH, DHEA, 17 ALFA OH F)                  | ENDOCRINOLOGIA | \$ 2,000.00 |
| PERFIL DEL HOMBRE ADOLESCENTE (FSH, LH, TESTO TOTAL)                      | ENDOCRINOLOGIA | \$ 650.00   |
| PERFIL HORMONAL FEMENINO (P. TIROIDEO COMPL. HGH, CORTISOL, LH, F)        | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,860.00 |
| PERFIL HORMONAL MASCULINO (FSH, LH, PRL, TESTO T, CORTISOL, HGH, P. TIR.) | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,480.00 |
| PERFIL TESTICULAR (LH, FSH, PRL, TESTO TOTAL)                             | ENDOCRINOLOGIA | \$ 750.00   |
| PERFIL TIROIDEO BASICO (TSH, T4 LIBRE)                                    | ENDOCRINOLOGIA | \$ 350.00   |
| PERFIL TIROIDEO COMPLETO CON TSH, T4, TOTAL, T3 TOTAL T4 LIB.)            | ENDOCRINOLOGIA | \$ 500.00   |
| PROGESTERONA (P4) SERICA  | ENDOCRINOLOGIA | \$ 280.00   |
| PROLACTINA (PRL) SERICA   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 280.00   |
| PSA TOTAL (ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO)                                | ENDOCRINOLOGIA | \$ 300.00   |
| RESERVA HIPOFISIARIA COMPLETA (INSULINA LH-RH, TRH)                       | ENDOCRINOLOGIA | \$ 5,000.00 |
| RESERVA HIPOFISIARIA CON INSULINA Y LH-RH                                 | ENDOCRINOLOGIA | \$ 4,000.00 |
| RESERVA HIPOFISIARIA CON TRH/LH-RH  | ENDOCRINOLOGIA | \$ 4,000.00 |
| RESERVA HIPOFISIARIA CON ISULINA/TRH                                      | ENDOCRINOLOGIA | \$ 4,000.00 |
| SUPRESION DE CORTISOL CON DEXAMETASONA 1 MG                               | ENDOCRINOLOGIA | \$ 300.00   |
| SUPRESION DE CORTISOL CON DEXAMETASONA 2 MG                               | ENDOCRINOLOGIA | \$ 350.00   |
| SUPRESION DE CORTISOL CON DEXAMETASONA 8 MG                               | ENDOCRINOLOGIA | \$ 1,070.00 |
| TIROGLOBULINA   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 210.00   |
| TIROXINA LIBRE (T4L) SERICA   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 280.00   |
| TIROXINA TOTAL (T4T) SERICA   | ENDOCRINOLOGIA | \$ 280.00   |
| TRIODOTIRONINA CAPTACION (T3C) SERICA                                     | ENDOCRINOLOGIA | \$ 280.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|                                    |                   |              |
|------------------------------------|-------------------|--------------|
| TRİYODOTIRONINA TOTAL (T3T) SERICA | ENDOCRINOLOGIA    | \$ 280.00    |
| TESTOSTERONA TOTAL                 | ENDOCRINOLOGIA    | \$ 300.00    |
| VITAMINA D                         | ENDOCRINOLOGIA    | \$ 800.00    |
|                                    | GASTROENTEROLOGIA |              |
| AMP. DE LANEXATE                   | GASTROENTEROLOGIA | \$ 1,150.00  |
| ARGON PLASMA                       | GASTROENTEROLOGIA | \$ 4,000.00  |
| BIOPSIA ENDOSCOPICA                | GASTROENTEROLOGIA | \$ 800.00    |
| CITOLOGIA DIVERSA                  | GASTROENTEROLOGIA | \$ 550.00    |
| CD,DVD                             | GASTROENTEROLOGIA | \$ 250.00    |
| CLOTTEST                           | GASTROENTEROLOGIA | \$ 100.00    |
| CATETERISMO                        | GASTROENTEROLOGIA | \$ 11,650.00 |
| CATETERISMO C/ BIOPSIA HEPATICA    | GASTROENTEROLOGIA | \$ 17,500.00 |
| C.P.R.E. DIAGNOSTICA               | GASTROENTEROLOGIA | \$ 7,600.00  |
| C.P.R.E. PAPILOTOMIA               | GASTROENTEROLOGIA | \$ 11,500.00 |
| C.P.R.E. EXT. DE CALCULO           | GASTROENTEROLOGIA | \$ 20,450.00 |
| C.P.R.E. PROTESIS                  | GASTROENTEROLOGIA | \$ 20,450.00 |
| C.P.R.E. LITOTRIPSIA MECANICA      | GASTROENTEROLOGIA | \$ 22,600.00 |
| COLONOSCOPIA                       | GASTROENTEROLOGIA | \$ 6,400.00  |
| CONSULTA                           | GASTROENTEROLOGIA | \$ 300.00    |
| DILATACION ESOFAGICA CADA SESION   | GASTROENTEROLOGIA | \$ 3,200.00  |
| ELECTROGASTROGRAFIA                | GASTROENTEROLOGIA | \$ 5,000.00  |
| ESCLEROTERAPIA                     | GASTROENTEROLOGIA | \$ 3,200.00  |
| ENDOSCOPIA SUP                     | GASTROENTEROLOGIA | \$ 5,000.00  |
| ENDOSCOPIA C/LIGADURA INICIAL      | GASTROENTEROLOGIA | \$ 10,400.00 |
| EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO          | GASTROENTEROLOGIA | \$ 7,300.00  |
| FIBROSCAN                          | GASTROENTEROLOGIA | \$ 4,200.00  |
| FLICKER                            | GASTROENTEROLOGIA | \$ 1,200.00  |
| GASTROSTOMIA EDOSCOPICA            | GASTROENTEROLOGIA | \$ 10,200.00 |
| MANOMETRIA ESOFAGICA               | GASTROENTEROLOGIA | \$ 5,500.00  |
| NASOENDOSCOPIA                     | GASTROENTEROLOGIA | \$ 3,300.00  |
| PH METRIA DE 24 HORAS              | GASTROENTEROLOGIA | \$ 5,500.00  |
| PAQ. MANOM. ESOF. Y PH METRIA      | GASTROENTEROLOGIA | \$ 10,150.00 |
| PARACENTESIS                       | GASTROENTEROLOGIA | \$ 3,200.00  |
| PRUEBA DE ALIENTO                  | GASTROENTEROLOGIA | \$ 1,500.00  |
| POLIPECTOMIA                       | GASTROENTEROLOGIA | \$ 9,250.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |   |              |
|---|---|--------------|
| RECTOSIGMOIDOSCOPIA   | GASTROENTEROLOGIA                             | \$ 2,650.00  |
| USE DIAGNOSTICO SUPERIOR  | GASTROENTEROLOGIA                             | \$ 16,000.00 |
| USE BAAF SUPERIOR   | GASTROENTEROLOGIA                             | \$ 30,030.00 |
| USE DIAGNOSTICO RECTAL  | GASTROENTEROLOGIA                             | \$ 12,100.00 |
| USE BAAF RECTAL   | GASTROENTEROLOGIA                             | \$ 22,000.00 |
| USE IAF   | GASTROENTEROLOGIA                             | \$ 17,700.00 |
| SALA DE FLUROSCOPIA   | GASTROENTEROLOGIA                             | \$ 4,200.00  |
| EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA LOS PRECIOS NO INLUYEN EL SERVICIO DE ANTESTESIOLOGIA |   |              |
|   | GENETICA (LABORATORIO DE CITOGENÉTICA)        |              |
| CARIOTIPO DE BANDAS GTC EN SANGRE PERIFERICA  | GENETICA                                      | \$ 5,000.00  |
| ESTUDIO CITOGENETICO DE DESORDEN HEMATOLOGICO EN SANGRE PERIFERICA                        | GENETICA                                      | \$ 8,000.00  |
| ESTUDIOS CITOGENETICO EN DESORDEN HEMATOLOGICO EN MEDULA OSEA                             | GENETICA                                      | \$ 8,000.00  |
| CARIOTIPO EN BANDAS GTG EN TEJIDO   | GENETICA                                      | \$ 8,000.00  |
| TECNICA EN BANDAS ESPECIALES (C y NOR's)  | GENETICA                                      | \$ 1,650.00  |
| CARIOTIPO DE BANDAS GTG EN LIQUIDO AMNIOTICO  | GENETICA                                      | \$ 10,000.00 |
| FISH EN SANGRE PERIFERICA   | GENETICA                                      | \$ 8,000.00  |
| FISH EN LIQUIDO AMNIOTICO   | GENETICA                                      | \$ 10,000.00 |
| ANEMIA DE FANCONI POR ABERRACIONES CROMOSOMICAS INDUCIDAS CON DEB Y MMC                   | GENETICA                                      | \$ 5,000.00  |
| INTERCAMBIO DE CROMATIDAS HERMANAS (SINDROME BLOOM)                                       | GENETICA                                      | \$ 2,000.00  |
|   | GENETICA (LABORATORIO DE MOLECULAR)           |              |
| SECUENCIACION P-53 (11 EXONES)  | GENETICA                                      | \$ 11,960.00 |
| MICRODELECCIONES PARA Distrofia muscular de Duchenne /Becker                              | GENETICA                                      | \$ 8,500.00  |
| ANALISIS DE EXPANSION DE REPETIDOS "CAG" EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON                   | GENETICA                                      | \$ 5,000.00  |
| MICRODELECCIONES PARA DETECCION DE NUMERO DE COPIAS EN DISCAPACIDAD INTELLECTUAL          | GENETICA                                      | \$ 8,500.00  |
| PRUEBA DE PATERNIDAD LEGAL (M-H-PA) o (H-PA)  | GENETICA                                      | \$ 8,000.00  |
| PRUEBA DE PATERNIDAD INFORMATIVA (M-H-PA) o (H-PA)  | GENETICA                                      | \$ 6,000.00  |
| PRUEBA DE PATERNIDAD TRIO   | GENETICA                                      | \$ 8,000.00  |
| PERFIL GENETICO (ADICIONAL)   | GENETICA                                      | \$ 3,000.00  |
| EXTRACCION DE DNA   | GENETICA                                      | \$ 390.00    |
| ATROFIA ESPINAL MUSCULAR (SMA)  | GENETICA                                      | \$ 6,500.00  |
|   | GENETICA (LABORATORIO DE GENÉTICA BIOQUÍMICA) |              |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                                  |             |
|--|----------------------------------|-------------|
| TAMIZ NEONATAL AMPLIADO                              | GENETICA                         | \$ 1,800.00 |
| GALACTOSA TOTAL                                      | GENETICA                         | \$ 250.00   |
| TAMIZ METABOLICO EN ORINA                            | GENETICA                         | \$ 600.00   |
| PRUEBA DE BEUTLER                                    | GENETICA                         | \$ 690.00   |
| DETERMINACION DE ACIDOS ORGANICOS EN ORINA           | GENETICA                         | \$ 6,000.00 |
| CUANTIFICACION DE AMINOACIDOS (HPLC)                 | GENETICA                         | \$ 6,500.00 |
| ACTIVIDAD DE BIOTINIDASA (SUERO)                     | GENETICA                         | \$ 1,450.00 |
| 17 HIDROXIPROGESTERONA                               | GENETICA                         | \$ 300.00   |
| TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO                          | GENETICA                         | \$ 300.00   |
| TSH EN PAPEL FILTRO                                  | GENETICA                         | \$ 300.00   |
| TAMIZ 5  | GENETICA                         | \$ 660.00   |
| SOLO FENILALANINA                                    | GENETICA                         | \$ 250.00   |
| SEGUNDO ENSAYO PARA HIPERPLASIA SUPRRRENAL CONGENITA | GENETICA                         | \$ 6,000.00 |
| CONSULTA ESPECIALIDAD EN GENETICA                    | GENETICA                         | \$ 800.00   |
| NUTRICION CLINICA CONSULTA                           | GENETICA                         | \$ 300.00   |
| RSUMEN CLINICO                                       | GENETICA                         | \$ 250.00   |
|  | <b>GERIATRIA</b>                 |             |
| CONSULTA GERIATRIA                                   | GERIATRIA                        | \$ 290.00   |
| CONSULTA PSICOGERIATRIA                              | GERIATRIA                        | \$ 240.00   |
| CONSULTA NEUROPSICOLOGIA                             | GERIATRIA                        | \$ 240.00   |
| CONSULTA NUTRICION                                   | GERIATRIA                        | \$ 240.00   |
| CONSULTA UROGINECOLOGIA                              | GERIATRIA                        | \$ 240.00   |
| CONSULTA FISIATRIA                                   | GERIATRIA                        | \$ 240.00   |
| CONSULTA PODOLOGIA                                   | GERIATRIA                        | \$ 240.00   |
| VALORACION DE MOVILIDAD                              | GERIATRIA                        | \$ 120.00   |
| TERAPIA FISICA (DIEZ SESIONES)                       | GERIATRIA                        | \$ 720.00   |
| EVALUACION NEUROPSICOLOGICA                          | GERIATRIA                        | \$ 960.00   |
| REPORTE DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA               | GERIATRIA                        | \$ 2,040.00 |
| TERAPIA NEUROPSICOLOGIA                              | GERIATRIA                        | \$ 100.00   |
| TALLER DE MEMORIA                                    | GERIATRIA                        | \$ 240.00   |
| CARTA LEGAL  | GERIATRIA                        | \$ 3,600.00 |
| FIRMA DE RATIFICACION                                | GERIATRIA                        | \$ 3,600.00 |
|  | <b>GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA</b> |             |
| 17 ALFA HIDROXIPORGESTERONA PLASMATICA               | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA        | \$ 506.00   |
| ABLACION DE ENDOMETRIO                               | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA        | \$ 5,313.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                           |              |
|---|---------------------------|--------------|
| ACIDO CITRICO EN LIQUIDO SEMINAL        | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 354.00    |
| AMEU                                    | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 4,427.00  |
| AMNIOCENTESIS                           | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 4,554.00  |
| AMNIOCENTESIS GENETICA                  | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 2,277.00  |
| AMNIOINFUCION                           | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 6,806.00  |
| APLICACIÓN DE BOTOX EN VEJIGA           | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 4,807.00  |
| APLICAR DIU                             | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 152.00    |
| BIOPSIA POR COLPO                       | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 443.00    |
| BIOPSIA DE VELLOSIDADES                 | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 3,340.00  |
| BIOPSIA ENDOMETRIA                      | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 443.00    |
| BIOPSIA ENDOMETRIA                      | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 443.00    |
| BIOPSIA DE POLIPO                       | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 575.00    |
| CAPACITACION ESPERMATICA E INSEMINACION | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 1,215.00  |
| CERCLAJE                                | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 9,538.00  |
| CIRUGIA DE MAMA                         | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 7,135.00  |
| CISTOSCOPIAS                            | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 2,656.00  |
| CITOLOGIA                               | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 253.00    |
| CISTOMETRIA                             | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 1,088.00  |
| CISTOPEXIA                              | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 7,742.00  |
| CLAMYDIA                                | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 544.00    |
| COLOCACION DE T.V.T.                    | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 11,132.00 |
| CONIZACION                              | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 5,060.00  |
| CONSULTA CLIMATERIO Y MENOPAUSIA        | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| CONSULTA DE GENETICA                    | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| CONSULTA DE GINECOLOGIA                 | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| CONSULTA DE OBSTETRICIA                 | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| CONSULTA DE U.B.R. PRIMERA VEZ          | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 342.00    |
| CONSULTA DE U.B.R. SUBSECUENTE          | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| CONSULTA DE NUTRICION                   | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 114.00    |
| CORDOSENTESIS                           | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 5,440.00  |
| CORTISOL PLASMATICO                     | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 405.00    |
| CRIOterapia                             | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 557.00    |
| CRISTALOGRAFIAS                         | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 190.00    |
| CURACION DE GINECOLOGIA                 | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 304.00    |
| CURACION DE OBSTETRICIA                 | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 304.00    |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

*[Handwritten signature]*



**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                           |              |
|--|---------------------------|--------------|
| CURACION DE GINE-URO                     | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 481.00    |
| CURACION DE U.B.R.                       | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 304.00    |
| DEHIDROEPIANDROSTERONA-SULFATO           | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 557.00    |
| DENSITOMETRIA                            | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 342.00    |
| DETECCION DE LA FLOR VAGINAL             | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 1,960.00  |
| DILATACION URETRAL                       | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 3,036.00  |
| ECOGRAFIA                                | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 430.00    |
| ECOGRAFIA DE SEGUNDO NIVEL               | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 987.00    |
| ESFINTEROTOMIA                           | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 607.00    |
| ELECTROCOAGULACION                       | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 885.00    |
| ESCISION DE QUISTE GLANDULA DE BARTHOLIN | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 5,945.00  |
| ESPERMOGRAMA                             | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 607.00    |
| ESTRADIOL PLAMATICO                      | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 468.00    |
| ESTRIOL URINARIO                         | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| EXUADO VAGINAL CON KOH Y SUERO           | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| EXUDADO PROSTATICO                       | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 190.00    |
| FRUCTUOSA EN LIQUIDO SEMINAL             | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| FSH ( HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE)      | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 468.00    |
| HEPATITIS B                              | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 367.00    |
| HEPATITIS C                              | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 367.00    |
| HIV O SIDA                               | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 367.00    |
| HIDROSALPINGO-LAPAROSCOPIA               | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 11,132.00 |
| HIDROTUBACION                            | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA                | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 5,313.00  |
| HISTEROSCOPIA OPERATORIA                 | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 9,665.00  |
| HISTEROSONOGRFIA                         | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 822.00    |
| LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA                 | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 13,915.00 |
| LAPAROSCOPIA E HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 20,240.00 |
| LAPAROSCOPIA E HISTEROSCOPIA OPERATORIA  | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 23,276.00 |
| LAPAROSCOPIA OPERATORIA                  | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 16,445.00 |
| LH (HORMONA LUTEINIZANTE)                | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 518.00    |
| LEGRADO POR BIOPSIA                      | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 8,400.00  |
| MIOMECTOMIA                              | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 7,590.00  |
| MONITOREO DE OVULACION                   | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 506.00    |
| PERFIL DE ANOVULACION                    | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 1,746.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                           |              |
|--|---------------------------|--------------|
| PERFIL DE INFERTILIDAD                   | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 1,240.00  |
| PERFIL DE CLIMATERIO                     | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 961.00    |
| PERFIL METABOLICO                        | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 1,417.00  |
| PIE CUANTITATIVO                         | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 645.00    |
| PIE PRECOZ                               | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 538.00    |
| PREGNANDIOL URINARIO                     | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 253.00    |
| PREGESTERONA PLASMATICA                  | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 455.00    |
| PRL (PROLACTINA)                         | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 468.00    |
| PRUEBA DE CAPACITACION ESPERMATICA       | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 977.00    |
| PRUEBA DE KUSROK-MILLER                  | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| PRUEBA DE NO STRES (REGISTROS)           | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 354.00    |
| PRUEBA DE STRES                          | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 835.00    |
| PRUEBA DE SUPRESION RAPIDA DE SUPRARRENA | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 949.00    |
| PRUEBA HIPOSMOTICA                       | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 304.00    |
| PRUEBA INMUNOLOGICA DE EMBARAZO          | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 329.00    |
| PRUEBA POST-COITO (S.H.)                 | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 329.00    |
| QUISTE DE GRANER                         | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 1,569.00  |
| QUISTECTOMIA                             | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 18,216.00 |
| RADIOFRECUENCIA PULSADA                  | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 3,415.00  |
| RENTA DE EQUIPO DE LAPARASCOPIA          | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 13,000.00 |
| RESECCION DE CONDILOMA                   | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 3,415.00  |
| RESECCION DE LABIOS MENORES              | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 6,198.00  |
| RESUMEN CLINICO DE GINECOLOGIA           | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| RESUMEN CLINICO DE OBSTETRICIA           | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| RESUMEN CLINICO DE U.B.R.                | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 316.00    |
| RETIRAR DIU                              | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 253.00    |
| RETIRO DE PUNTOS DE GINECOLOGIA          | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 139.00    |
| RETIRO DE PUNTOS DE OBSTETRICIA          | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 139.00    |
| RETIRO DE PUNTOS DE U.B.R.               | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 139.00    |
| RETIRO DE IMPLANTE EN BRAZO              | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 575.00    |
| RETIRO DE DIU EN QUIROFANO               | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 3,450.00  |
| SALPINGO POR LAPAROSCOPIA                | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 10,500.00 |
| TESTOTESTERONA PLASMATICA                | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 443.00    |
| TOMA DE GLUCOSA                          | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 38.00     |
| TOXOPLASMA                               | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 380.00    |





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                           |             |
|--|---------------------------|-------------|
| TSH/PERFIL TIROIDEO  | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 1,046.00 |
| VAGINOSCOPIA   | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 3,036.00 |
| VDRL   | GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | \$ 253.00   |
|  | <b>HEMATOLOGIA</b>        |             |
| CONSULTA DE HEMATOLOGIA  | HEMATOLOGIA               | \$ 200.00   |
| ACIDO URICO  | HEMATOLOGIA               | \$ 75.00    |
| AGLUTININAS EN FRIO  | HEMATOLOGIA               | \$ 450.00   |
| AGREGOMETRIA PLAQUETARIA 2 AGONISTAS                                     | HEMATOLOGIA               | \$ 787.50   |
| AGREGOMETRIA PLAQUETARIA 3 AGONISTAS                                     | HEMATOLOGIA               | \$ 1,162.50 |
| AGREGOMETRIA PLAQUETARIA 4 AGONISTAS                                     | HEMATOLOGIA               | \$ 1,525.00 |
| AGREGOMETRIA PLAQUETARIA ADP   | HEMATOLOGIA               | \$ 400.00   |
| AGREGOMETRIA PLAQUETARIA AC. ARAQUIDONICO                                | HEMATOLOGIA               | \$ 812.50   |
| AGREGOMETRIA PLAQUETARIA COLAGENO  | HEMATOLOGIA               | \$ 400.00   |
| AGREGOMETRIA PLAQUETARIA RISTOCETINA                                     | HEMATOLOGIA               | \$ 600.00   |
| ALBUMINA   | HEMATOLOGIA               | \$ 75.00    |
| AMILASA  | HEMATOLOGIA               | \$ 187.50   |
| ANTICOAGULANTE LUPICO CONFIRMATORIO                                      | HEMATOLOGIA               | \$ 625.00   |
| ANTICOAGULANTES NATURALES PROTEINA C, PROTEINA S, TOTAL ANTITROMBINA III | HEMATOLOGIA               | \$ 3,000.00 |
| ANTICUERPOS ANTI AG "S" HEPATITIS B                                      | HEMATOLOGIA               | \$ 500.00   |
| ANTICUERPOS ANTI VIH   | HEMATOLOGIA               | \$ 437.50   |
| ANTICUERPOS ANTI-BRUCELLA ABORTUS  | HEMATOLOGIA               | \$ 150.00   |
| ANTICUERPOS ANTI-CITOMEGALOVIRUS IgG                                     | HEMATOLOGIA               | \$ 437.50   |
| ANTICUERPOS ANTI-CITOMEGALOVIRUS IgM                                     | HEMATOLOGIA               | \$ 437.50   |
| ANTITROMBINA III   | HEMATOLOGIA               | \$ 750.00   |
| APLICACIÓN DE MEDICAMENTO IM   | HEMATOLOGIA               | \$ 175.00   |
| ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA E INTERPRETACION                                 | HEMATOLOGIA               | \$ 3,125.00 |
| BCR/ABL (T 9;22)   | HEMATOLOGIA               | \$ 3,812.00 |
| BCR/ABL (T9;22) CUALITATIVO P190 (MBCR), P210 (MBCR), P230 (µBCR)        | HEMATOLOGIA               | \$ 5,875.00 |
| BCR/ABL (T 9;22) CUANTITATIVO P190(MBCR)                                 | HEMATOLOGIA               | \$ 4,437.50 |
| BCR-ABL (T9;22) CUANTITATIVO P210(MBCR)                                  | HEMATOLOGIA               | \$ 5,625.00 |
| BICARBONATO  | HEMATOLOGIA               | \$ 193.75   |
| BILIRRUBINA INDIRECTA  | HEMATOLOGIA               | \$ 125.00   |
| BILIRRUBINA TOTAL  | HEMATOLOGIA               | \$ 125.00   |
| BILIRUBINA DIRECTA   | HEMATOLOGIA               | \$ 125.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**

GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |             |              |
|---|-------------|--------------|
| BIOMETRIA HEMATICA  | HEMATOLOGIA | \$ 175.00    |
| BIOPSIA DE MÉDULA OSEA TOMA DE MUESTRA S/INTERPRETACIÓN                                 | HEMATOLOGIA | \$ 937.50    |
| CADENAS LIGERAS LIBRES  | HEMATOLOGIA | \$ 7,000.00  |
| CALCIO  | HEMATOLOGIA | \$ 125.00    |
| CAPACIDAD NO SATURADA DE FIJACION DE HIERRO (UIBC)                                      | HEMATOLOGIA | \$ 218.75    |
| CD133, DETERMINACION  | HEMATOLOGIA | \$ 2,375.00  |
| CD34, DETERMINACION   | HEMATOLOGIA | \$ 2,375.00  |
| CICLOSPORINA MONOCLONAL, NIVELES  | HEMATOLOGIA | \$ 1,375.00  |
| CITOMEGALOVIRUS PCR (CUALITATIVO)   | HEMATOLOGIA | \$ 3,750.00  |
| CITOMEGALOVIRUS PCR (CUANTITATIVO)  | HEMATOLOGIA | \$ 5,962.50  |
| CITOMEGALOVIRUS, ANTIGENEMIA (PP65)   | HEMATOLOGIA | \$ 1,125.00  |
| COFACTOR RISTOCETINA  | HEMATOLOGIA | \$ 2,000.00  |
| COLESTEROL HDL  | HEMATOLOGIA | \$ 250.00    |
| COLESTEROL LDL  | HEMATOLOGIA | \$ 250.00    |
| COLESTEROL TOTAL  | HEMATOLOGIA | \$ 93.75     |
| COLESTEROL VLDL   | HEMATOLOGIA | \$ 287.50    |
| CONSULTA  | HEMATOLOGIA | \$ 225.00    |
| COOMBS DIRECTO  | HEMATOLOGIA | \$ 237.50    |
| COOMBS INDIRECTO  | HEMATOLOGIA | \$ 237.50    |
| CREATININASA (CK)   | HEMATOLOGIA | \$ 218.75    |
| CREATININA  | HEMATOLOGIA | \$ 106.25    |
| CRIOPRESERVACION CELULAR (ALMACENAMIENTO 1 AÑO, NIVELES DE CD34), C. MICROBIOLOGICO, BH | HEMATOLOGIA | \$ 18,750.00 |
| CROMOSOMAS "X" "Y"  | HEMATOLOGIA | \$ 4,375.00  |
| DELECCIONES EN EL GEN DE DISTROFINA (DISTROFIA MUSCULAR DUCHENE Y BECKER)               | HEMATOLOGIA | \$ 4,750.00  |
| DESHIDROGENASA LACTICA D.H.L  | HEMATOLOGIA | \$ 137.50    |
| DIMERO "D" CUANTITATIVO   | HEMATOLOGIA | \$ 625.00    |
| ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA   | HEMATOLOGIA | \$ 500.00    |
| ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA ACIDA   | HEMATOLOGIA | \$ 500.00    |
| ELECTROFORESIS DE PROTEINAS   | HEMATOLOGIA | \$ 562.50    |
| ELECTROLITOS SERICOS (CLORO, SODIO, POTASIO, BICARBONATO)                               | HEMATOLOGIA | \$ 375.00    |
| ENFERMEDAD CELIACA (DQ2, DQ3, DQ5) GENOTIPIFICACIÓN                                     | HEMATOLOGIA | \$ 5,625.00  |
| ENFERMEDAD MINIMA RESIDUAL, DETECCION   | HEMATOLOGIA | \$ 6,375.00  |
| ESTERASA ESPECIFICA   | HEMATOLOGIA | \$ 500.00    |
| ESTERASA INESPECIFICA   | HEMATOLOGIA | \$ 525.00    |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |             |             |
|--|-------------|-------------|
| FACTOR II (MUTACION 20210 G/A DEL GEN DE LA PROTROMBINA) | HEMATOLOGIA | \$ 3,187.50 |
| FACTOR II PLASMATICO                                     | HEMATOLOGIA | \$ 600.00   |
| FACTOR IX PLASMATICO                                     | HEMATOLOGIA | \$ 600.00   |
| FACTOR REUMATOIDE  | HEMATOLOGIA | \$ 212.50   |
| FACTOR V   | HEMATOLOGIA | \$ 650.00   |
| FACTOR V LEYDEN PCR                                      | HEMATOLOGIA | \$ 3,187.00 |
| FACTOR VII PLASMATICO                                    | HEMATOLOGIA | \$ 837.50   |
| FACTOR VIII PLASMATICO                                   | HEMATOLOGIA | \$ 812.50   |
| FACTOR VON WILLEBRAND                                    | HEMATOLOGIA | \$ 1,437.50 |
| FACTOR X PLASMATICO ACTIVIDAD                            | HEMATOLOGIA | \$ 775.00   |
| FACTOR XI PLASMATICO ACTIVIDAD                           | HEMATOLOGIA | \$ 775.00   |
| FACTOR XII PLASMATICO ACTIVIDAD                          | HEMATOLOGIA | \$ 1,125.00 |
| FACTOR XIII PLASMATICO ACTIVIDAD                         | HEMATOLOGIA | \$ 625.00   |
| FERRITINA SERICA   | HEMATOLOGIA | \$ 375.00   |
| FIBRINOGENO PARFENJEV                                    | HEMATOLOGIA | \$ 312.50   |
| FIBRINOGENO, ACTIVIDAD                                   | HEMATOLOGIA | \$ 312.50   |
| FLT3 Y VARIANTE IDT (PRONOSTICO DE LMA)                  | HEMATOLOGIA | \$ 3,750.00 |
| FOSFATASA ALCALINA                                       | HEMATOLOGIA | \$ 156.25   |
| FOSFATASA ALCALINA LEUCOCITARIA                          | HEMATOLOGIA | \$ 587.50   |
| FRAGILIDAD OSMOTICA DE LOS ERITROCITOS                   | HEMATOLOGIA | \$ 437.50   |
| FROTIS DE SANGRE PERIFERICA INTERPRETACION Y BH          | HEMATOLOGIA | \$ 425.00   |
| GAD65 (DESCARBOXILASA DEL ACIDO GLUTAMICO)               | HEMATOLOGIA | \$ 737.50   |
| GAMA GLUTAMIL TRASPEPTIDASA G.G.T                        | HEMATOLOGIA | \$ 375.00   |
| GLOBULINAS   | HEMATOLOGIA | \$ 68.75    |
| GLUCOSA  | HEMATOLOGIA | \$ 112.50   |
| GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA BREWER                  | HEMATOLOGIA | \$ 462.50   |
| GRUPO SANGUINEO Y RH                                     | HEMATOLOGIA | \$ 150.00   |
| HAM / FRAGILIDAD ÁCIDA DE LOS ERITROCITOS                | HEMATOLOGIA | \$ 437.50   |
| HAPTOGLOBINA   | HEMATOLOGIA | \$ 337.50   |
| HEMOGLOBINA FETAL (ELECTROFORESIS)                       | HEMATOLOGIA | \$ 525.00   |
| HEMOGLOBINA FETAL (KLEIHAUER)                            | HEMATOLOGIA | \$ 400.00   |
| HEMOGLOBINA LIBRE EN PLASMA                              | HEMATOLOGIA | \$ 375.00   |
| HEMOSIDERINA EN SANGRE /MÉDULA ÓSEA                      | HEMATOLOGIA | \$ 587.50   |
| HEMOSIDERINA ORINA                                       | HEMATOLOGIA | \$ 587.50   |
| HIERRO SERICO  | HEMATOLOGIA | \$ 237.50   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |             |              |
|---|-------------|--------------|
| HLA CLASE I (A, B, C)   | HEMATOLOGIA | \$ 5,625.00  |
| HLA CLASE II (DR Y DQ)  | HEMATOLOGIA | \$ 5,625.00  |
| HLA CLASE II / ALTA RESOLUCION  | HEMATOLOGIA | \$ 9,375.00  |
| HOMOCISTEINA  | HEMATOLOGIA | \$ 812.50    |
| HPN(HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA)<br>CD14/CD15/CD24/CD45/CD59/CD64/CD235A Y FLAER ERITROCITOS Y LEUCOCITOS       | HEMATOLOGIA | \$ 3,875.00  |
| IDENTIFICACION DE SEXO  | HEMATOLOGIA | \$ 1,875.00  |
| INDUCCION DE DEPRANOCITOS   | HEMATOLOGIA | \$ 437.50    |
| INHIBIDOR DEL FACTOR IX   | HEMATOLOGIA | \$ 6,250.00  |
| INHIBIDOR DEL FACTOR VIII   | HEMATOLOGIA | \$ 6,250.00  |
| INMUNOFIJACION DE PROTEINAS (ELECTROFORESIS DE PROTEINAS, CUANTIFICACION DE IgM, IgG, KAPPA, LAMBDA, PROTEINAS TOTALES) | HEMATOLOGIA | \$ 3,125.00  |
| INMUNOGLOBULINA IgA   | HEMATOLOGIA | \$ 375.00    |
| INMUNOGLOBULINA IgG   | HEMATOLOGIA | \$ 375.00    |
| INMUNOGLOBULINA IgM   | HEMATOLOGIA | \$ 375.00    |
| INTRATECAL PROCEDIMIENTO (ADULTO)   | HEMATOLOGIA | \$ 375.00    |
| INTRATECAL PROCEDIMIENTO (NIÑO)   | HEMATOLOGIA | \$ 562.50    |
| LINFOCITOS T CD4/CD8  | HEMATOLOGIA | \$ 1,062.50  |
| LINFOCITOS T, B SUBPOBLACIONES Y NK   | HEMATOLOGIA | \$ 2,437.50  |
| LIQUIDO CEFALORAQUIDEO CITOLOGIA  | HEMATOLOGIA | \$ 312.50    |
| MANTENIMIENTO DE CATETER  | HEMATOLOGIA | \$ 281.25    |
| METAHEMOGLOBINA   | HEMATOLOGIA | \$ 1,037.50  |
| METOTREXATE   | HEMATOLOGIA | \$ 1,062.50  |
| MICROGLOBULINA (BETA-2- MICROGLOBULINA)   | HEMATOLOGIA | \$ 537.50    |
| MIELOPEROXIDASA   | HEMATOLOGIA | \$ 375.00    |
| MTHFR (677C/T Y 1298A/C) POLIMORFISMOS DE LA ENZIMA   | HEMATOLOGIA | \$ 5,687.50  |
| MUTACION MTHFR C677T  | HEMATOLOGIA | \$ 3,375.00  |
| MUTACIONES JAK2 PANEL (K539L, V617F, K607N Y H538QK539L)  | HEMATOLOGIA | \$ 15,625.00 |
| NITROGENO UREICO  | HEMATOLOGIA | \$ 75.00     |
| NIVELES SERICOS DE DIGOXINA   | HEMATOLOGIA | \$ 525.00    |
| PANEL COMPATIBILIDAD PARA TRANSPLANTE DE ORGANO (PARA, HLA A,B,DR DONADOR/RECEPTOR, PRUEBA CRUZADA CITOTOXICA)          | HEMATOLOGIA | \$ 16,125.00 |
| PANEL DE MUTACIONES RIESGO TROMBOTICO FACTOR II, FACTOR V Y MTHFR (677C/T Y 1298A/C)                                    | HEMATOLOGIA | \$ 7,125.00  |
| PANEL HEMOFILIA FACTORES VIII, IX, XI PLASMÁTICOS   | HEMATOLOGIA | \$ 1,875.00  |
| PANEL LEUCEMIA AGUDA CLASIFICACIÓN  | HEMATOLOGIA | \$ 6,687.50  |





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |             |             |
|--|-------------|-------------|
| PANEL LINFOPROLIFERATIVO CRONICO Y LINFOMA NO HODGKIN  | HEMATOLOGIA | \$ 5,312.50 |
| PANEL DE MIELOMA MULTIPLE  | HEMATOLOGIA | \$ 3,812.50 |
| PANEL MUTACIONES PCR DE RIESGO TROMBÓTICO FACTOR   | HEMATOLOGIA | \$ 5,875.00 |
| PANEL SÍNDROME MIELODISPLÁSICO.  | HEMATOLOGIA | \$ 6,937.50 |
| PERFIL VON WILLEBRAND (FACT.VIII, VON WILLEBRAN AG, TP,TTP, TS)  | HEMATOLOGIA | \$ 3,125.00 |
| PERFIL BIOQUIMICO I (GLUCOSA, BUN, CREATININA, AC.URICO, BILIRRUBINAS TOTAL, PROTEINA TOTAL, ALBUMINA, DHL, TGO,TGP, F. ALCALINA, COLESTEROL TOTAL)  | HEMATOLOGIA | \$ 625.00   |
| PERFIL BIOQUIMICO II (GLUCOSA,BUN,UREA, CREATININA, AC. URICO, BILIRRUBINAS(TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA), PROT. TOTAL, ALBUMINA, GLOBULINA, R/AG, DHL,TGO,TGP, ALCALINA, CA, FOSFORO, MG, COLESTEROL TOTAL,TRIGLICERIDOS)   | HEMATOLOGIA | \$ 750.00   |
| PERFIL BIOQUIMICO III (GLUCOSA,BUN,UREA,CREATININA, AC. URICO, BILIRRUBINAS (TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA), PROT. TOTAL, ALBUMINA, GLOBULINAS, R/AG, DHL, TGO,TGP, GGT, F. ALCALINA, CA, FOSFORO, MG, SODIO, POTASIO, CLORO,AMILASA, HIERRO, COLESTEROL(TOTAL, HDL, VLDL, LDL,) TRIGLICERIDOS,INDICE ATEROGENICO | HEMATOLOGIA | \$ 968.75   |
| PERFIL DE ANEMIAS HEMOLITICAS(BH, COOMBS DIRECTO, RETICULOCITOS, FRAGILIDAD ÁCIDA, HAM, FRAGILIDAD OSMOTICA, GLUCOSA 6-FOSFATO BREWER, ELECTROFORESIS HB)  | HEMATOLOGIA | \$ 2,875.00 |
| PERFIL DE DONADOR BASICO(HIV, HBAG"S",HCV,CHAGAS, SIFILIS, BRUCELLA, GPO ABOY RH, BH)  | HEMATOLOGIA | \$ 1,250.00 |
| PERFIL DE DONADOR TRASPLANTE (HIV,HBAG"S",HCV,CHAGAS, SIFILIS, BRUCELLA, GPO ABOY RH, CMV IGM, CMV IGG)  | HEMATOLOGIA | \$ 2,250.00 |
| PERFIL DE HIERRO (HIERRO, CAPTACION TOTAL DE HIERRO, % SATURACION HIERRO, CAPTACION NO SATURADO DE HIERRO)   | HEMATOLOGIA | \$ 437.50   |
| PERFIL DE INMUNOGLOBULINAS (IGG, IGM, IGA, IGE)  | HEMATOLOGIA | \$ 1,375.00 |
| PERFIL DE RIESGO TROMBOTICO I (PROT "C", PROT "S", ATIII, RPC)   | HEMATOLOGIA | \$ 5,250.00 |
| PERFIL DE RIESGO TROMBOTICO II (PROT "C", PROT "S", ATIII, RPC, A. LUPICO CONFIMATORIO, HOMOCISTEINA, FIBRINOGENO)   | HEMATOLOGIA | \$ 6,250.00 |
| PERFIL DE RIESGO TROMBOTICO III (ANTICOAGULANTE LÚPICO , ANTICARDIOLIPINAS IGG, IGM, PROTEINA C ACTIVIDAD, PROTEINA S ACTIVIDAD, ATIII, RESISTENCIA PROTEINA C ACTIVADA, DIMERO "D", HOMOCISTEINA, FIBRINOGENO)  | HEMATOLOGIA | \$ 7,875.00 |
| PERFIL GINECOLOGICO I (6 HORMONAS)   | HEMATOLOGIA | \$ 825.00   |
| PERFIL LIPIDOS (COLESTEROL TOTAL HDL, VLDL, LDL, TRIGLICERIDOS, ÍNDICE ATEROGENICO)  | HEMATOLOGIA | \$ 312.50   |
| PLAQUETAS PEGAJOSA SINDROME  | HEMATOLOGIA | \$ 1,250.00 |
| PLAQUETOAFERESIS CON PERFIL DE DONACION  | HEMATOLOGIA | \$ 7,750.00 |
| PLAQUETOAFERESIS SIN PERFIL DE DONACION  | HEMATOLOGIA | \$ 6,500.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**

GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |             |              |
|---|-------------|--------------|
| PLASMAFERESIS CON SOLUCION DE REMPLAZO                                      | HEMATOLOGIA | \$ 11,875.00 |
| PROTEINA "C" DE LA COAGULACION  | HEMATOLOGIA | \$ 1,937.50  |
| PROTEINA "S" LIBRE DE LA COAGULACION  | HEMATOLOGIA | \$ 1,937.50  |
| PROTEINA "S" TOTAL DE LA COAGULACION  | HEMATOLOGIA | \$ 1,062.50  |
| PROTEINAS TOTALES   | HEMATOLOGIA | \$ 118.75    |
| PRUEBAS CRUZADAS CITOTOXICAS  | HEMATOLOGIA | \$ 3,750.00  |
| PRUEBAS CRUZADAS PRE-TRASFUSIONALES   | HEMATOLOGIA | \$ 500.00    |
| QUIMERISMO PCR (SEGUIMIENTO DE INJERTO DE TRANSPLANTE)                      | HEMATOLOGIA | \$ 6,250.00  |
| QUIMIOTERAPIA INFUSIÓN  | HEMATOLOGIA | \$ 500.00    |
| RECOLECCION DE CELULAS HEMATOPROGENITORAS, INCLUYE CUANTIFICACION CD34 Y BH | HEMATOLOGIA | \$ 17,500.00 |
| RESISTENCIA A LA PROTECINA "C" ACTIVADA                                     | HEMATOLOGIA | \$ 2,125.00  |
| RETICULOCITOS   | HEMATOLOGIA | \$ 125.00    |
| SANGRIA TERAPEUTICA   | HEMATOLOGIA | \$ 812.50    |
| SEDACIÓN  | HEMATOLOGIA | \$ 437.50    |
| SIROLIMUS NIVELES   | HEMATOLOGIA | \$ 1,687.50  |
| SODIO   | HEMATOLOGIA | \$ 100.00    |
| TACROLIMUS NIVELES  | HEMATOLOGIA | \$ 1,250.00  |
| TIEMPO DE PROTOMBINA CON DILUCION   | HEMATOLOGIA | \$ 375.00    |
| TIEMPO DE PROTOMBINA CORREGIDO  | HEMATOLOGIA | \$ 375.00    |
| TIEMPO DE PROTOMBINA DIFERENCIAL  | HEMATOLOGIA | \$ 812.50    |
| TIEMPO DE PROTOMBINA E INR CONTROL DE ANTICOAGULANTES                       | HEMATOLOGIA | \$ 200.00    |
| TIEMPO DE SANGRADO "DUKE"   | HEMATOLOGIA | \$ 125.00    |
| TIEMPO DE TROMBINA  | HEMATOLOGIA | \$ 187.50    |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO                                   | HEMATOLOGIA | \$ 225.00    |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO CORREGIDO                         | HEMATOLOGIA | \$ 375.00    |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO DILUIDO                           | HEMATOLOGIA | \$ 375.00    |
| TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACETICA (AST/TGO)                                | HEMATOLOGIA | \$ 112.50    |
| TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRUVICA (ALT/TGP)                                   | HEMATOLOGIA | \$ 112.50    |
| TRASFERRINA   | HEMATOLOGIA | \$ 312.50    |
| TRANSFUSION DE CONCENTRADO ERITOCITARIO S/FILTRO                            | HEMATOLOGIA | \$ 562.50    |
| TRANSFUSION DE PLAQUETARIOS CONCENTRADOS (5) C/FILTRO                       | HEMATOLOGIA | \$ 1,062.50  |
| TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS (AFERESIS)   | HEMATOLOGIA | \$ 750.00    |
| TRIGLICERIDOS   | HEMATOLOGIA | \$ 150.00    |
| UREA  | HEMATOLOGIA | \$ 56.25     |
| VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR   | HEMATOLOGIA | \$ 125.00    |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

Handwritten signatures and stamps, including a circular stamp from Hospital Universitario Juárez.



**CIUDAD DE MONTERREY**

GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  | HOSPITALIZACION  |              |
|--|--|--------------|
| CUIDADOS INTENSIVOS DERECHO DE CAMA DIARIO           | HOSPITALIZACION  | \$ 4,780.00  |
| PENSIONISTAS DERECHO DE CAMA DIARIO (1 C)            | HOSPITALIZACION  | \$ 2,250.00  |
| PENSIONISTAS DERECHO DE CAMA DIARIO (2 C)            | HOSPITALIZACION  | \$ 2,050.00  |
| PENSIONISTAS DERECHO DE CAMA DIARIO (3 C)            | HOSPITALIZACION  | \$ 1,650.00  |
| PENSIONISTAS DERECHO DE CAMA DIARIO (4 C)            | HOSPITALIZACION  | \$ 1,420.00  |
| PENSIONISTAS DERECHO DE CAMA DIARIO (DIF. DE CUARTO) | HOSPITALIZACION  | \$ 730.00    |
| SALA GENERAL DERECHO DE CAMA DIARIO                  | HOSPITALIZACION  | \$ 1,050.00  |
| PENSIONISTAS DERECHO DE CUNA DIARIO (1)              | HOSPITALIZACION  | \$ 615.00    |
| RECUPERACION TRANSITORIOS DERECHO DE CAMA            | HOSPITALIZACION  | \$ 815.00    |
| PARTICULAR SALA Y TRAT. HOSPITALIZACION PSIQ.        | HOSPITALIZACION  | \$ 2,030.00  |
| SALA DE URGENCIAS ADULTO                             | HOSPITALIZACION  | \$ 2,000.00  |
| DEPOSITO DERECHO DE PENSIONISTAS                     | HOSPITALIZACION  | \$ 18,876.00 |
| DEPOSITO DERECHO MATER. PENSS.                       | HOSPITALIZACION  | \$ 9,438.00  |
| DEPOSITO DERECHO DE PENSIONISTAS UANL (DIF CUARTO)   | HOSPITALIZACION  | \$ 5,720.00  |
| QUIROFANO (USO POR MEDIA HORA)                       | HOSPITALIZACION  | \$ 1,220.00  |
| SALA DE EXPULSION (USO POR MEDIA HORA)               | HOSPITALIZACION  | \$ 820.00    |
| SALA URGENCIAS PEDIATRIA                             | HOSPITALIZACION  | \$ 2,000.00  |
| CONSULTA EN PENSIONISTAS (URGENCIAS)                 | HOSPITALIZACION  | \$ 480.00    |
| CONSULTA DE URGENCIAS DE ESPECIALIDAD                | HOSPITALIZACION  | \$ 480.00    |
| ADMISION   | HOSPITALIZACION  | \$ 320.00    |
| CONSULTA DE URGENCIAS PSIQUIATRIA                    | HOSPITALIZACION  | \$ 320.00    |
|  | <b>INMUNOLOGÍA (DEFICIENCIAS DEL SISTEMA FAGOCÍTICO)</b> |              |
| INMUNOGLOBULINAS IgG, IgA, IgM (precio x cada uno)   | INMUNOLOGIA  | \$ 320.00    |
| QUIMIOTAXIS  | INMUNOLOGIA  | \$ 1,200.00  |
| MUERTE INTRACELULAR                                  | INMUNOLOGIA  | \$ 1,050.00  |
| FAGOCITOSIS  | INMUNOLOGIA  | \$ 750.00    |
| REDUCCION DEL NBT                                    | INMUNOLOGIA  | \$ 600.00    |
| DETERMINACION DE C3                                  | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00    |
| DETERMINACION DE C4                                  | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00    |
| DETERMINACION DE CH50                                | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00    |
|  | <b>INMUNOLOGÍA (INMUNODEFICIENCIAS HUMORALES)</b>        |              |
| PROTEINAS DE BENCE JONES                             | INMUNOLOGIA  | \$ 550.00    |
| CUANTIFICACION DE LINFOCITOS B (CD 19)               | INMUNOLOGIA  | \$ 950.00    |
| CUANTIFICACION DE CELULAS NK (CD 45)                 | INMUNOLOGIA  | \$ 950.00    |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |   |             |
|--|---|-------------|
| ELECTROFORESIS DEL SUERO (SE REQUIERE RESULTADO DE CONC. DE PROTEINAS)   | INMUNOLOGIA   | \$ 550.00   |
| INMUNOELECTROFORESIS (SE REQUIERE EL RESULTADO DE LA ELECTROFORESIS)   | INMUNOLOGIA   | \$ 1,200.00 |
| CUANTIFICACION DE IgG, IgA, IgM. c/u (precio x cada uno)   | INMUNOLOGIA   | \$ 360.00   |
| CUANTIFICACION DE IgE  | INMUNOLOGIA   | \$ 400.00   |
|  | <b>INMUNOLOGÍA (INMUNODEFICIENCIAS CELULARES)</b>                 |             |
| INTRADERMORREACCIONES c/u (CANDIDA, VARIDASA (SK/SD), N. BRASILIENSIS DESLIP, N. BRASILIENSIS NO. DESLIP.) - (precio x cada uno) | INMUNOLOGIA   | \$ 340.00   |
| CUENTA DE LINFOCITOS T (CD 3)  | INMUNOLOGIA   | \$ 870.00   |
| CUENTA DE LINFOCITOS CD4/CD8   | INMUNOLOGIA   | \$ 1,150.00 |
| CULTIVO DE LINFOCITOS CON MITOGENOS  | INMUNOLOGIA   | \$ 2,100.00 |
| CULTIVO DE LINFOCITOS CON ANTIGENOS  | INMUNOLOGIA   | \$ 2,100.00 |
|  | <b>INMUNOLOGÍA (PRUEBAS PARA DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO DE VIH)</b> |             |
| ANTICUERPOS POR ELISA (VIH)  | INMUNOLOGIA   | \$ 400.00   |
| CONFIRMATORIA POR WESTERN BLOT   | INMUNOLOGIA   | \$ 1,900.00 |
| AG. CARCINOEMBRIONARIO   | INMUNOLOGIA   | \$ 300.00   |
| AG. PROSTATICO ESPECIFICO (TOTAL Y LIBRE)  | INMUNOLOGIA   | \$ 300.00   |
| CARGA VIRAL VIH  | INMUNOLOGIA   | \$ 2,600.00 |
| CUENTA DE LINFOCITOS T TOTALES (CD3) Y SUBPOBLACIONES (CD4/CD8)  | INMUNOLOGIA   | \$ 1,150.00 |
| CUENTA DE LINFOCITOS CD3/CD4   | INMUNOLOGIA   | \$ 870.00   |
|  | <b>INMUNOLOGÍA (PRUEBAS PARA TRANSPLANTES)</b>                    |             |
| CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS (DONADOR/RECEPTOR)   | INMUNOLOGIA   | \$ 2,400.00 |
| FACTOR RH Y GRUPO SANGUINEO  | INMUNOLOGIA   | \$ 125.00   |
| REACCIONES FEBRILES  | INMUNOLOGIA   | \$ 130.00   |
| ANTI Nocardia (ELISA)  | INMUNOLOGIA   | \$ 450.00   |
| ANTI CISTICERCO EN SUERO   | INMUNOLOGIA   | \$ 650.00   |
| ANTI CISTICERCO EN LCR   | INMUNOLOGIA   | \$ 1,200.00 |
| ANTICUERPOS ANTI TOXOPLASMA IgG  | INMUNOLOGIA   | \$ 360.00   |
| ANTICUERPOS ANTI TOXOPLASMA IgM  | INMUNOLOGIA   | \$ 360.00   |
| ANTICUERPOS ANTI RUBEOLA IgG   | INMUNOLOGIA   | \$ 360.00   |
| ANTICUERPOS ANTI RUBEOLA IgM   | INMUNOLOGIA   | \$ 360.00   |
| ANTICUERPOS ANTI CITOMEGALOVIRUS IgG   | INMUNOLOGIA   | \$ 360.00   |
| ANTICUERPOS ANTI CITOMEGALOVIRUS IgM   | INMUNOLOGIA   | \$ 360.00   |
| ANTICUERPOS ANTI HERPES I IgG  | INMUNOLOGIA   | \$ 360.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |  |             |
|---|--|-------------|
| ANTICUERPOS ANTI HERPES I IgM                     | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00   |
| ANTICUERPOS ANTI HERPES II IgG                    | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00   |
| ANTICUERPOS ANTI HERPES II IgM                    | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00   |
| V.D.R.L.  | INMUNOLOGIA  | \$ 90.00    |
| STORCH COMPLETO                                   | INMUNOLOGIA  | \$ 2,400.00 |
| HEPATITIS B (Ag. De superficie)                   | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00   |
| HEPATITIS C (Ac.)                                 | INMUNOLOGIA  | \$ 600.00   |
| ANTI CORE HEPATITIS B                             | INMUNOLOGIA  | \$ 400.00   |
| ANTI BORRELIA IgG, IgM (ELISA) Lyme               | INMUNOLOGIA  | \$ 1,100.00 |
| ANTI BORRELIA WESTERN BLOT Lyme                   | INMUNOLOGIA  | \$ 3,000.00 |
|   | <b>INMUNOLOGÍA (PRUEBAS PARA ENFERMEDADES INFLAMATORIAS Y AUTOINMUNES)</b> |             |
| FACTOR REUMATOIDE LATEX                           | INMUNOLOGIA  | \$ 120.00   |
| PROTEINA "C" REACTIVA                             | INMUNOLOGIA  | \$ 120.00   |
| ANTIESTRPTOLISINA O                               | INMUNOLOGIA  | \$ 150.00   |
| VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR               | INMUNOLOGIA  | \$ 90.00    |
| CA 15.3   | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00   |
| CA 125  | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00   |
| CA19.9  | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00   |
| CELULAS L.E.                                      | INMUNOLOGIA  | \$ 300.00   |
| CRIOGLOBULINAS                                    | INMUNOLOGIA  | \$ 190.00   |
| ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES POR I.F.               | INMUNOLOGIA  | \$ 420.00   |
| ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES POR HEP-2              | INMUNOLOGIA  | \$ 420.00   |
| ANTICUERPOS ANTI SM/RNP                           | INMUNOLOGIA  | \$ 840.00   |
| ANTICUERPOS ANTI DNA (NATIVO, SOLUBLE, D. CADENA) | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00   |
| ANTICUERPOS ANTI MITOCONDRIALES                   | INMUNOLOGIA  | \$ 350.00   |
| ANTICUERPOS ANTI RO/LA (SSA/SSB)                  | INMUNOLOGIA  | \$ 800.00   |
| ANTI CENTROMERO                                   | INMUNOLOGIA  | \$ 400.00   |
| ANTI SCL70  | INMUNOLOGIA  | \$ 400.00   |
| ANTI CARDIOLIPINAS IgG, IgM (FOSFOLIPIDOS)        | INMUNOLOGIA  | \$ 600.00   |
| AC. CITRULINADOS (CCP)                            | INMUNOLOGIA  | \$ 600.00   |
| P. ANCA C. ANCA                                   | INMUNOLOGIA  | \$ 720.00   |
| PAUL BUNNEL (ETEROFILOS)                          | INMUNOLOGIA  | \$ 360.00   |
| HLA-B27   | INMUNOLOGIA  | \$ 1,250.00 |
|   | <b>INMUNOLOGÍA (EXAMENES VARIOS)</b>                                       |             |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|   |  |             |
|---|--|-------------|
| PARCIAL DE ORINA  | INMUNOLOGIA                                  | \$ 125.00   |
| DETERMINACION ESPECIE CARNE FRESCA (SE REQUIEREN 100gr) | INMUNOLOGIA                                  | \$ 920.00   |
| DETERMINACION ESPECIE CARNE COND. (SE REQUIEREN 200gr)  | INMUNOLOGIA                                  | \$ 1,040.00 |
| DETERMINACION ESPECIE CARNE SECA (SE REQUIEREN 500gr)   | INMUNOLOGIA                                  | \$ 1,210.00 |
| MIF   | INMUNOLOGIA                                  | \$ 880.00   |
| ANTI TUBERCULOSIS IgG, IgM                              | INMUNOLOGIA                                  | \$ 600.00   |
|   | <b>MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION</b> |             |
| CONSULTA CON RESIDENTE                                  | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 170.00   |
| CONSULTA CON MAESTRO                                    | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 900.00   |
| EJERCICIO TERAPIA                                       | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 100.00   |
| EJERCICIO DE WILIAMS                                    | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 50.00    |
| EJERCICIO DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES                  | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 90.00    |
| EJERCICIO DE BICICLETA                                  | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 50.00    |
| EJERCICIO DE UN MIEMBRO INFERIOR                        | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 45.00    |
| ESTIMULOS ELECTRICOS                                    | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 90.00    |
| HIELO   | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 40.00    |
| MARCHA DE PARALELAS                                     | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 40.00    |
| MASAJE CORPORAL (MAS DE TRES AREAS)                     | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 150.00   |
| MASAJE POR AREAS  | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 90.00    |
| RAYOS INFRARROJOS                                       | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 50.00    |
| RUTINA DEHEMPIEJICO                                     | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 150.00   |
| REEDUCACION FACIAL                                      | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 100.00   |
| ULTRASONIDO   | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 90.00    |
| PARAFINA  | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 90.00    |
| LASER   | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 90.00    |
| TERAPIA INTERFERENCIAL                                  | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 150.00   |
| DIATERMIA   | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 150.00   |
| TRACCION CERVICAL - LUMBAR                              | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 90.00    |
| ELECTROCARDIOGRAMAS                                     | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 500.00   |
| ERGOMETRIA  | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 2,600.00 |
| EJ. DOSIFICACION EN OBESIDAD                            | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 120.00   |
| EJ. DOSIFICACION EN HIPERTENSION ARTERIAL               | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 150.00   |
| CONSULTA NUTRICION 1° VEZ                               | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 270.00   |
| RADIOFRECUENCIA   | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 250.00   |
| CONSULTA NUTRICION SUBSECUENTE                          | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION        | \$ 180.00   |

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

*[Handwritten initials]*  
*[Handwritten initials]*  
*[Handwritten initials]*  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO**  
*[Handwritten signature]*  
**Jupinico**



**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Firma manuscrita]*

|  |                                       |             |
|--|---------------------------------------|-------------|
| VISCOSUPLEMENTACION (SIN PRODUCTO)         | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 1,400.00 |
| APLICACIÓN DE XILOCAINA                    | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 150.00   |
| IMBODY (ANTROPOMETRIA)                     | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 380.00   |
| PLATAFORMA VIBRATORIA POR SESION           | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 120.00   |
| CONSULTA Y CONSTANCIA VEHICULAR            | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 1,350.00 |
| CONSULTA A DOMICILIO                       | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 1,700.00 |
| ELIPTICA                                   | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 95.00    |
| SOLO BICICLETA                             | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 75.00    |
| REHABILITACION CARDIOVASCULAR              | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 160.00   |
| CRYOTERAPIA                                | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 740.00   |
| FUERZA ISOCINETICA EVUALUACION             | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 530.00   |
| ACIDO URICO                                | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 105.00   |
| AELO (ANTIESTREPTOLISINAS)                 | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 165.00   |
| ANTIGENO PROSTATICO                        | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 630.00   |
| BIOMETRIA HEMATICA                         | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 160.00   |
| CULTIVOS Y EXUDADO FARINGEO                | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 400.00   |
| COLESTEROL                                 | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 129.00   |
| COPROPARASITOSCOPICO UNICO                 | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 82.00    |
| COPROPARASITOSCOPICO SERIADO               | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 181.00   |
| CPK  | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 371.00   |
| DEPURACION DE CREATININA                   | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 417.00   |
| FACTOR REUMATOIDEO                         | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 105.00   |
| GENERAL DE ORINA                           | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 100.00   |
| GLUCOSA                                    | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 100.00   |
| GRUPO Y Rh                                 | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 140.00   |
| HIV  | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 441.00   |
| HGC SU-U-BETA (PBA. DE EMBARAZO EN SANGRE) | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 465.00   |
| PERFIL BIOQUIMICO                          | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 626.00   |
| PERFIL HEPATICO                            | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 442.00   |
| PERFIL REUMATICO                           | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 570.00   |
| PERFIL DE LIPIDOS                          | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 552.00   |
| PERFIL TIROIDEO                            | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 762.00   |
| PROTEINA C REACTIVA                        | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 152.00   |
| PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA                | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 233.00   |
| QUIMICA SANGUINEA                          | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 233.00   |

*[Firma manuscrita]*

*[Firma manuscrita]*

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                                       |              |
|---|---------------------------------------|--------------|
| QUIMICA SANGUINEA C/COL. Y AC. URICO            | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 400.00    |
| REACCIONES FEBRILES                             | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 189.00    |
| VDRL  | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 100.00    |
| VELOCIDAD DE SEDIMENTACION                      | MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACION | \$ 100.00    |
|   | <b>MEDICINA NUCLEAR</b>               |              |
| GAMMAGRAMA PERFUSION MIOCARDICA SESTAMIBI-SPECT | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 10,000.00 |
| GAMMAGRAMA CEREBRO I-II                         | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 9,500.00  |
| GAMMAGRAMA CEREBRO SPECT                        | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 9,500.00  |
| GAMMAGRAMA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO           | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 3,200.00  |
| GAMMAGRAMA TIROIDEO CON I-131 O TC99            | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 2,100.00  |
| GAMMAGRAMA DE RASTREO TIROIDEO                  | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 3,000.00  |
| GAMMAGRAMA DE PARATIROIDES                      | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 8,500.00  |
| GAMMAGRAMA DE FEOCROMOCITOMA CON MIBG           | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 11,000.00 |
| GAMMAGRAMA ABDOMEN (DIVERTICULO MEKEL)          | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 2,300.00  |
| GAMMAGRAMA GLANDULAS SALIVALES                  | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 1,700.00  |
| GAMMAGRAMA PERFUSION PULMONAR                   | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 2,600.00  |
| GAMMAGRAMA DE VACIAMIENTO GASTRICO              | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 3,200.00  |
| GAMMAGRAMA DE REFLUJO GASTROESOFAGICO           | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 3,200.00  |
| GAMMAGRAMA DE TRANSITO ESOFAGICO                | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 2,100.00  |
| GAMMAGRAMA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO        | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 2,600.00  |
| GAMMAGRAMA HEPATICO                             | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 2,400.00  |
| GAMMAGRAMA HEPATICO CON ERITROCITOS MARCADOS    | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 2,600.00  |
| GAMMAGRAMA VIAS BILIARES                        | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 3,900.00  |
| GAMMAGRAMA RENAL                                | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 3,100.00  |
| GAMMAGRAMA CAPTOPRIL                            | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 4,500.00  |
| GAMMAGRAMA DMSA                                 | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 5,000.00  |
| GAMMAGRAMA REFLUJO VESICOURETRAL                | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 2,900.00  |
| GAMMAGRAMA TESTICULAR                           | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 2,200.00  |
| GAMMAGRAMA CADENAS LINFATICAS                   | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 5,000.00  |
| GAMMAGRAMA GANGLIO CENTINELA                    | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 5,000.00  |
| GAMMAGRAMA VENOSO                               | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 2,700.00  |
| GAMMAGRAMA CON TECNECIO UBI                     | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 6,500.00  |
| GAMMAGRAMA OSEO COMPLETO                        | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 4,000.00  |
| GAMMAGRAMA GALIO 67                             | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 5,000.00  |
| GAMMAGRAMA DE MAMA                              | MEDICINA NUCLEAR                      | \$ 4,300.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                  |              |
|--|------------------|--------------|
| TRATAMIENTO CON I-131 1-10 mCi   | MEDICINA NUCLEAR | \$ 4,000.00  |
| TRATAMIENTO CON I-131 11-30 mCi  | MEDICINA NUCLEAR | \$ 7,500.00  |
| TRATAMIENTO CON I-131 31-50 mCi  | MEDICINA NUCLEAR | \$ 14,500.00 |
| TRATAMIENTO CON I-131 51-100 mCi   | MEDICINA NUCLEAR | \$ 14,500.00 |
| LOS TRATAMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR ARRIBA DE 30 mCi NO INCLUYEN EL COSTO POR HOSPITALIZACIÓN   |                  |              |
| LOS TRATAMIENTOS CON I-131 YA NO REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN, SE REALIZA DE FORMA AMBULANT. POR NORMATIVIDAD DE LA COM. NAC. DE SEG. NUCLEAR Y SALVAGUARDIAS |                  |              |
|  | NEFROLOGIA       |              |
| BIPODIAL 851 MGS   | NEFROLOGIA       | \$ 63.50     |
| CUBREBOCAS   | NEFROLOGIA       | \$ 0.25      |
| TAPON DE INSTOPPEN   | NEFROLOGIA       | \$ 3.61      |
| JERINGA DE 1ML CON INSULINA  | NEFROLOGIA       | \$ 2.11      |
| JERINGA DE 5ML   | NEFROLOGIA       | \$ 2.54      |
| JERINGA DE 10 ML   | NEFROLOGIA       | \$ 3.20      |
| GASAS CUADRADAS ESTERIL PAQ. CON 4   | NEFROLOGIA       | \$ 9.36      |
| GUANTE PARA CIRUJANO   | NEFROLOGIA       | \$ 9.04      |
| MEDIAS YARDAS  | NEFROLOGIA       | \$ 6.24      |
| SOLUCION H.M. DILUCION 135 POTASIO   | NEFROLOGIA       | \$ 88.92     |
| HEMODILAZADOR DIAPES F8  | NEFROLOGIA       | \$ 678.60    |
| HEMOLINEA UNIVERSAL CON PROTECTOR #5802  | NEFROLOGIA       | \$ 141.96    |
| DERECHO DE CAMA AREA UNIDAD RENAL  | NEFROLOGIA       | \$ 1,474.62  |
| COSTO TOTAL DE LA HEMODIALISIS   | NEFROLOGIA       | \$ 2,496.00  |
|  |                  |              |
| VIDEOBRONCOSCOPIA  | NEUMOLOGIA       | \$ 6,865.00  |
| VIDEOBRONCOSCOPIA CON BIOPSIA PULMONAR   | NEUMOLOGIA       | \$ 8,975.00  |
| LARINGOSCOPIA  | NEUMOLOGIA       | \$ 4,770.00  |
| TORACOCENTESIS   | NEUMOLOGIA       | \$ 3,950.00  |
| TORACOCENTESIS CON ECOGRAFIA   | NEUMOLOGIA       | \$ 5,545.00  |
| TORACOCENTESIS CON BIOPSIA PLEURAL Y ECOGRAFIA   | NEUMOLOGIA       | \$ 6,600.00  |
| PLEURODESIS  | NEUMOLOGIA       | \$ 5,940.00  |
| PUNCION TRANSBRONQUIAL CON AGUJA DE WANG   | NEUMOLOGIA       | \$ 11,550.00 |
| ECOGRAFIA PULMONAR   | NEUMOLOGIA       | \$ 1,100.00  |
| TRAQUEOTOMIA PERCUTANEA  | NEUMOLOGIA       | \$ 13,800.00 |
| COLOCACION DE CATETER PLEURAL TUNELADO   | NEUMOLOGIA       | \$ 8,000.00  |
| BIOPSIA X TRUCUT GUIADA CON ECOGRAFIA  | NEUMOLOGIA       | \$ 5,000.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |              |              |
|---|--------------|--------------|
| BRONCOSCOPIA INTERVENSIONISTA PARA DILATACION   | NEUMOLOGIA   | \$ 11,685.00 |
| BRONCOSCOPIA INTERVENSIONISTA PARA RESECCION CON LASER  | NEUMOLOGIA   | \$ 19,500.00 |
|   | NEUROCIRUGIA |              |
| CONSULTA  | NEUROCIRUGIA | \$ 240.00    |
| RETIRO DE PUNTOS  | NEUROCIRUGIA | \$ 70.00     |
| RENTA DE CRANEOTOMO NEUMATICO POR CIRUGIA CON CONSUMIBLE  | NEUROCIRUGIA | \$ 8,200.00  |
| RENTA DE MICROSCOPIO  | NEUROCIRUGIA | \$ 9,000.00  |
|   |              |              |
| EEG CONVENCIONAL  | NEUROLOGIA   | \$ 1,500.00  |
| VIDEO EEG   | NEUROLOGIA   | \$ 1,800.00  |
| MONITOREO CON VIDEO EEG DE 12 HRS   | NEUROLOGIA   | \$ 12,000.00 |
| MONITOREO CON VIDEO EEG DE 24 HRS   | NEUROLOGIA   | \$ 18,000.00 |
| MONITOREO CON VIDEO EEG DE 48 HRS   | NEUROLOGIA   | \$ 30,000.00 |
| MONITOREO CON VIDEO EEG DE 72 HRS NOTA: DESPUES DE 12 HORAS SE COBRAN \$500.00 POR HORA ADICIONAL | NEUROLOGIA   | \$ 42,000.00 |
| P.E.A.  | NEUROLOGIA   | \$ 1,600.00  |
| P.E.V.  | NEUROLOGIA   | \$ 1,600.00  |
| PESSES DE EXTREMIDADES SUP. O INFERIORES  | NEUROLOGIA   | \$ 1,600.00  |
| POTENCIALES EVOCADOS MULTIMODALES   | NEUROLOGIA   | \$ 6,500.00  |
| EMG EXTREMIDADES SUP. O INFERIORES  | NEUROLOGIA   | \$ 3,000.00  |
| EMG 4 EXTREMIDADES  | NEUROLOGIA   | \$ 4,500.00  |
| EMG Y VCN EXTREMIDADES SUP O INF  | NEUROLOGIA   | \$ 4,800.00  |
| EMG Y VCN DE LAS 4 EXTREMIDADES   | NEUROLOGIA   | \$ 6,500.00  |
| VCN EXTREMIDADES SUP. O INFERIORES  | NEUROLOGIA   | \$ 2,800.00  |
| VCN 4 EXTREMIDADES  | NEUROLOGIA   | \$ 4,500.00  |
| PRUEBA DE JOLLY   | NEUROLOGIA   | \$ 3,000.00  |
| REFLEJO DE PARPADEO   | NEUROLOGIA   | \$ 3,000.00  |
| POLISOMNOGRAFIA (ESTUDIO DE SUEÑO)  | NEUROLOGIA   | \$ 8,500.00  |
| PRIMER CONSULTA   | NEUROLOGIA   | \$ 400.00    |
| CONSULTA SUBSECUENTE  | NEUROLOGIA   | \$ 250.00    |
| EQUIPO DE PUNCION LUMBAR  | NEUROLOGIA   | \$ 2,000.00  |
| INFILTRACION  | NEUROLOGIA   | \$ 1,000.00  |
| ECO DOPLER TRANSCRANEAL   | NEUROLOGIA   | \$ 2,000.00  |
| ECO DOPLER CAROTIDEO  | NEUROLOGIA   | \$ 2,000.00  |
| PRUEBA DE TENSILON  | NEUROLOGIA   | \$ 2,000.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |   |             |
|---|---|-------------|
| PRUEBA PSICOLOGIA                         | NEUROLOGIA                                | \$ 800.00   |
|   | OFTALMOLOGIA                              |             |
| OFTALMOLOGIA GENERAL                      | OFTALMOLOGIA                              | \$ 140.00   |
| OFTALMOLOGIA DE SUBESPECIALIDAD           | OFTALMOLOGIA                              | \$ 160.00   |
| OFTALMOLOGIA DE EMERGENCIA                | OFTALMOLOGIA                              | \$ 180.00   |
|   | OFTALMOLOGIA (LABORATORIO DE DIAGNOSTICO) |             |
| PERIMETRIA ESTATICA COMPUTARIZADA         | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| PERIMETRIA QUINETICA                      | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| CURVA DIURNA DE PRESION INTRAOCULAR       | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| FOTOGRAFIA DE FONDO DE OJO                | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| FOTOGRAFIA DE NERVI OPTICO                | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| FOTOGRAFIA DE SEGMENTO ANTERIOR           | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| FLUORANGIOGRAFIA OCULAR                   | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| PERIMETRIA DE DIPLOPIA                    | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| SENSIBILIDAD AL CONTRASTE                 | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| PRUEBAS DE COLORES                        | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| PRUEBAS DE JONES                          | OFTALMOLOGIA                              | \$ 800.00   |
| ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO A Y B         | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| CALCULO DE LENTE INTRAOCULAR              | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| LONGITUD AXIAL                            | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| HISTOPATOLOGIA DE BIOPSIA OCULAR Y ANEXOS | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| HISTOPATOLOGIA DE ORGANO COMPLETO         | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| CULTIVO Y FROTIS DE LIQUIDO INTRAOCULAR   | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| CULTIVO Y FROTIS DE RASPADO CORNEAL       | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| CULTIVO Y CITOLOGIA CONJUNTIVAL           | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| INMUNOFLUORESCENCIA PARA CHLAMYDIA        | OFTALMOLOGIA                              | \$ 1,100.00 |
| INMUNOFLUORESCENCIA PARA TOXOPLASMA       | OFTALMOLOGIA                              | \$ 400.00   |
| PAQUIMETRIA OCULAR                        | OFTALMOLOGIA                              | \$ 450.00   |
| TOPOGRAFIA OCULAR                         | OFTALMOLOGIA                              | \$ 450.00   |
| OCT III MACULAR                           | OFTALMOLOGIA                              | \$ 600.00   |
| OCT III NERVI OPTICO                      | OFTALMOLOGIA                              | \$ 600.00   |
|   | OFTALMOLOGIA (MICROCIRUGIA AMBULATORIA)   |             |
| CIRUGIA DE PTERIGION                      | OFTALMOLOGIA                              | \$ 4,000.00 |
| CIRUGIA DE CHALAZION                      | OFTALMOLOGIA                              | \$ 4,000.00 |
| CIRUGIA DE PARPADOS                       | OFTALMOLOGIA                              | \$ 4,000.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"



**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |              |              |
|---|--------------|--------------|
| EXPLORACION DE VIAS LAGRIMALES              | OFTALMOLOGIA | \$ 4,000.00  |
| PUNTOPLASTIA                                | OFTALMOLOGIA | \$ 4,000.00  |
| RETIRO DE SINEQUIAS                         | OFTALMOLOGIA | \$ 4,000.00  |
| RETIRO DE PUNTOS                            | OFTALMOLOGIA | \$ 4,000.00  |
| COLOCACION DE TAPONES EN PUNTOS LAGRIMALES  | OFTALMOLOGIA | \$ 4,000.00  |
| FOTOCOAGULACION CON ARGON LASER             | OFTALMOLOGIA | \$ 3,350.00  |
| FOTODISRUPCION CON YAG LASER                | OFTALMOLOGIA | \$ 3,350.00  |
| CIRUGIA EXTRACAPSULAR DE CATARATA           | OFTALMOLOGIA | \$ 10,900.00 |
| CIRUGIA DE CATARATA POR FACOEMULSIFICACION  | OFTALMOLOGIA | \$ 10,900.00 |
| CIRUGIA FILTRANTE DE GLAUCOMA               | OFTALMOLOGIA | \$ 10,900.00 |
| CIRUGIA DE IMPLANTE VALVULAR                | OFTALMOLOGIA | \$ 10,900.00 |
| IRIDECTOMIA PERIFERICA                      | OFTALMOLOGIA | \$ 10,900.00 |
| CIRUGIA DE RETINA                           | OFTALMOLOGIA | \$ 14,900.00 |
| LIMITOREXIS                                 | OFTALMOLOGIA | \$ 14,900.00 |
| CIRUGIA DE VITREO                           | OFTALMOLOGIA | \$ 14,900.00 |
| CIRUGIA COMBINADA INTRAOCULAR               | OFTALMOLOGIA | \$ 19,600.00 |
| CIRUGIA DE ESTRABISMO                       | OFTALMOLOGIA | \$ 10,900.00 |
| CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE PARPADOS          | OFTALMOLOGIA | \$ 10,900.00 |
| CIRUGIA DE VIA LAGRIMAL                     | OFTALMOLOGIA | \$ 4,000.00  |
| CIRUGIA DE SACO LAGRIMAL                    | OFTALMOLOGIA | \$ 10,900.00 |
| CIRUGIA INTRAOCULAR DE EMERGENCIA           | OFTALMOLOGIA | \$ 13,000.00 |
| CIRUGIA REFRACTIVA                          | OFTALMOLOGIA | \$ 7,000.00  |
| CIRUGIA CORRECTIVA VISUAL CON LASER EXCIMER | OFTALMOLOGIA | \$ 10,000.00 |
| CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE CONJUNTIVA        | OFTALMOLOGIA | \$ 10,900.00 |
| CIRUGIA DE TRANSPLANTE DE CORNEA            | OFTALMOLOGIA | \$ 33,000.00 |
| CIRUGIA TRANSPLANTE LAMERAL CORNEAL         | OFTALMOLOGIA | \$ 33,000.00 |
| CIRUGIA TRANSPLANTE TECTONICO               | OFTALMOLOGIA | \$ 33,000.00 |
| CRIOterapiA + RETINOPEXIA                   | OFTALMOLOGIA | \$ 15,000.00 |
| CRIOterapiA                                 | OFTALMOLOGIA | \$ 8,000.00  |
| REPARACION DE SEGMENTO ANTERIOR             | OFTALMOLOGIA | \$ 10,900.00 |
| TERAPIA DE AVASTIN                          | OFTALMOLOGIA | \$ 8,000.00  |
| TERAPIA DE TRIAMCINOLONA                    | OFTALMOLOGIA | \$ 8,000.00  |
| TERAPIA FOTODINAMICA CON VISODYNE           | OFTALMOLOGIA | \$ 10,000.00 |
| SERVICIOS DE ANESTESIOLOGIA                 | OFTALMOLOGIA | \$ 2,600.00  |
| VALVULA DE AHMED                            | OFTALMOLOGIA | \$ 7,500.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                  |              |
|---|------------------|--------------|
| LENTE INTRAOCULAR   | OFTALMOLOGIA     | \$ 1,200.00  |
| LENTE INTRAOCULAR (FACO)                                  | OFTALMOLOGIA     | \$ 1,800.00  |
| LENTE INTTAOCULAR (TORICO)                                | OFTALMOLOGIA     | \$ 6,700.00  |
| CASSETE DE FACO   | OFTALMOLOGIA     | \$ 1,500.00  |
| CASSETE DE VITREO   | OFTALMOLOGIA     | \$ 7,500.00  |
| GAS   | OFTALMOLOGIA     | \$ 3,000.00  |
| SILICON   | OFTALMOLOGIA     | \$ 2,300.00  |
| RENTA DE CRIO   | OFTALMOLOGIA     | \$ 1,500.00  |
| TRIAMCINOLONA   | OFTALMOLOGIA     | \$ 1,000.00  |
| AVASTIN   | OFTALMOLOGIA     | \$ 1,000.00  |
| VISODYNE  | OFTALMOLOGIA     | \$ 15,000.00 |
| CORNEA  | OFTALMOLOGIA     | \$ 15,000.00 |
|   | <b>ONCOLOGIA</b> |              |
| CONSULTA ONCO-MEDICA                                      | ONCOLOGIA        | \$ 570.00    |
| CONSULTA ONCO-RADIOTERAPIA                                | ONCOLOGIA        | \$ 570.00    |
| CONSULTA ONCO-GINE  | ONCOLOGIA        | \$ 570.00    |
| CONSULTA ONCO-PEDIATRIA                                   | ONCOLOGIA        | \$ 570.00    |
| CONSULTA CLINICA DEL DOLOR                                | ONCOLOGIA        | \$ 570.00    |
| CONSULTA DE NUTRICION                                     | ONCOLOGIA        | \$ 570.00    |
| CONSULTA ONCO-PSICOLOGIA                                  | ONCOLOGIA        | \$ 570.00    |
| RADIOGRAFIA CON EQUIPO DE SIMULACION C/U                  | ONCOLOGIA        | \$ 560.00    |
| DOSIMETRIA CALCULO FISICO                                 | ONCOLOGIA        | \$ 2,500.00  |
| TRATAMIENTOS EN ACELERADOR LINEAL (SESION)                | ONCOLOGIA        | \$ 1,400.00  |
| TRATAMIENTOS EN ACELERADOR LINEAL CON ELECTRONES (SESION) | ONCOLOGIA        | \$ 1,400.00  |
| SIMULACION DE RADIOTERAPIA                                | ONCOLOGIA        | \$ 2,500.00  |
| SISTEMA DE FIJACION EN TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA       | ONCOLOGIA        | \$ 1,735.00  |
| MOLDES PROTECTORES DE RADIACION C/U                       | ONCOLOGIA        | \$ 1,735.00  |
| ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS                            | ONCOLOGIA        | \$ 370.00    |
| APLICACIÓN DE MEDICAMENTO SUBCUTANEO                      | ONCOLOGIA        | \$ 370.00    |
| APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA 1ER DIA                       | ONCOLOGIA        | \$ 1,520.00  |
| APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA 3 DIAS CONSECUTIVOS           | ONCOLOGIA        | \$ 1,830.00  |
| APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA 5 DIAS CONSECUTIVOS           | ONCOLOGIA        | \$ 2,270.00  |
| APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA 8° DIA                        | ONCOLOGIA        | \$ 1,520.00  |
| INSTALACION DE CATETER CENTRAL                            | ONCOLOGIA        | \$ 2,270.00  |
| MANTENIMIENTO DE CATETER                                  | ONCOLOGIA        | \$ 530.00    |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                             |              |
|---|-----------------------------|--------------|
| MANTENIMIENTO DE PORTA-A-CATH                         | ONCOLOGIA                   | \$ 530.00    |
| COLOCACION DE PUNTOS EN CATETER CENTRAL               | ONCOLOGIA                   | \$ 460.00    |
| PUNCION LUMBAR Y/O TOMA DE MEDULA OSEA                | ONCOLOGIA                   | \$ 2,270.00  |
| PUNCION LUMBAR Y/O TOMA DE MEDULA OSEA CON ANESTESIA  | ONCOLOGIA                   | \$ 4,160.00  |
| PUNCION LUMBAR QUIMIOTERAPIA INTRATECAL CON ANESTESIA | ONCOLOGIA                   | \$ 4,160.00  |
| ASPIRADO Y BIOPSIA DE MEDULA OSEA CON ANESTESIA       | ONCOLOGIA                   | \$ 4,160.00  |
| TORACOSENTESIS  | ONCOLOGIA                   | \$ 2,270.00  |
| PARACENTESIS  | ONCOLOGIA                   | \$ 2,270.00  |
| TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL                             | ONCOLOGIA                   | \$ 330.00    |
| BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA CA GINECOLOGICO          | ONCOLOGIA                   | \$ 8,530.00  |
| USO DE MAQUINA DE ANESTESIA                           | ONCOLOGIA                   | \$ 2,180.00  |
| IMPLANTE DE AGUJAS DE CS-137                          | ONCOLOGIA                   | \$ 39,700.00 |
|   | <b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b> |              |
| CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA                      | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 250.00    |
| NASOENDOSCOPIA  | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 500.00    |
| EMISIONES OTOACUSTICAS (TAMIZ AUDITIVO)               | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 400.00    |
| EMISIONES OTOACUSTICAS PRODUCTO DE DISTORSION         | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 1,000.00  |
| AUDIOMETRIA   | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 400.00    |
| AUDIOMETRIA DE ALTAS FRECUENCIAS                      | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 450.00    |
| TIMPANOMETRIA   | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 400.00    |
| ELECTRONISTAGMOGRAFIA                                 | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 1,700.00  |
| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVOS DE TALLO CEREBRAL         | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 3,500.00  |
| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVOS DE ESTADO ESTABLE         | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 3,500.00  |
| PRUEBAS COCLEOVESTIBULARES (AUDIO, TIMPANO Y ENG)     | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 2,500.00  |
| CONSULTA DE FONIATRIA 1ERA VEZ                        | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 400.00    |
| CONSULTA DE FONIATRIA SUBSECUENTE                     | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 300.00    |
| PRUEBAS DE FUNCION TUBARICA                           | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 300.00    |
| PRUEBAS CALORICAS                                     | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 500.00    |
| ESTUDIO DEL SUEÑO                                     | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 4,000.00  |
| PEA CON SEDACION                                      | OTORRINOLARINGOLOGIA        | \$ 8,500.00  |
|   | <b>PATOLOGIA CLINICA</b>    |              |
| CULTIVO DE EXUDADO FARINGEO                           | PATOLOGIA CLINICA           | \$ 390.00    |
| CULTIVO DE EXUDADO NASAL                              | PATOLOGIA CLINICA           | \$ 390.00    |
| CULTIVO DE SECRECION BRONQUIAL                        | PATOLOGIA CLINICA           | \$ 390.00    |
| CULTIVO DE EXUDADO OTICO                              | PATOLOGIA CLINICA           | \$ 390.00    |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|  |                   |             |
|--|-------------------|-------------|
| CULTIVO DE SECRECION OCULAR                  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE SECRECION VAGINAL                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 720.00   |
| CULTIVO DE SECRECION URETRAL                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE HISOPADO RECTAL                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| UROCULTIVO                                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| COPROCULTIVO                                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| HEMOCULTIVO                                  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| CULTIVO DE LIQUIDO PLEURAL                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE LIQUIDO PERITONEAL                | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE LIQUIDO ARTICULAR                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE LIQUIDO PERICARDICO               | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO           | PATOLOGIA CLINICA | \$ 500.00   |
| CULTIVO DE BIOPSIA                           | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE PIEL                              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE ABCESO                            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE HERNIA                            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE SONDA                             | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE CATETER                           | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| CULTIVO DE SUPERFICIES ANANIMADAS            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| SEROTIPIFICACION E. COLI ETROPATOGENA        | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| SEROTIPIFICACION DE SALMONELLA               | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| SEROTIPIFICACION DE SHIGELLA                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| SEROTIPIFICACION DE VIBRIO CHOLERAEE         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| PRUEBA DE COAGLUTINACION P/ESTREPTOCOCOS     | PATOLOGIA CLINICA | \$ 1,380.00 |
| PRUEBA DE COAGLUTINACION PARA L.C.R.         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 1,380.00 |
| TINCION DE GRAM                              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 200.00   |
| EXAMEN DE TINTA CHINA                        | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00   |
| MICROSCOPIA DE CAMPO OSCURO PARA T. PALIDIUM | PATOLOGIA CLINICA | \$ 320.00   |
| CITOLOGIA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 320.00   |
| CITOLOGIA DE LIQUIDO PLEURAL                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 320.00   |
| CITOLOGIA DE LIQUIDO PERITONEAL              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 320.00   |
| CITOLOGIA DE LIQUIDO SINOVIAL                | PATOLOGIA CLINICA | \$ 320.00   |
| CITOLOGIA DE LIQUIDO PERICARDICO ANAEROBIOS  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 480.00   |
| ESPERMOCULTIVO                               | PATOLOGIA CLINICA | \$ 720.00   |
| BACILOSCOPIA DE ESPUTO (1 MUESTRA)           | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |

U

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





**CIUDAD DE MONTERREY**

GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                   |             |
|--|-------------------|-------------|
| BACILOSCOPIA DE ESPUTO SERIADA (3 MUESTRAS)          | PATOLOGIA CLINICA | \$ 990.00   |
| BACILOSCOPIA DE CONTENIDO GASTRICO (1 MUESTRA)       | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| BACILOSCOPIA DE CONTENIDO GASTRICO (3 MUESTRAS)      | PATOLOGIA CLINICA | \$ 990.00   |
| CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN LOWENSTEIN             | PATOLOGIA CLINICA | \$ 840.00   |
| BACILOSCOPIA Y CULTIVO DE LAVADO BRONQUIAL           | PATOLOGIA CLINICA | \$ 840.00   |
| BACILOSCOPIA Y CULTIVO DE BIOPSIA                    | PATOLOGIA CLINICA | \$ 840.00   |
| BACILOSCOPIA Y CULTIVO DE LIQUIDO PLEURAL            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 840.00   |
| BACILOSCOPIA Y CULTIVO DE LIQUIDO PERITONEAL         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 840.00   |
| BACILOSCOPIA Y CULTIVO DE LIQUIDO PERICARDICO        | PATOLOGIA CLINICA | \$ 840.00   |
| BACILOSCOPIA Y CULTIVO DE L.C.R.                     | PATOLOGIA CLINICA | \$ 840.00   |
| BACILOSCOPIA Y CULTIVO DE ORINA (1 MUESTRA)          | PATOLOGIA CLINICA | \$ 990.00   |
| BACILOSCOPIA Y CULTIVO DE ORINA SERIADA (6 MUESTRAS) | PATOLOGIA CLINICA | \$ 3,760.00 |
| IDENTIFICACION BIOQUIMICA DE MICOBACTERIAS           | PATOLOGIA CLINICA | \$ 860.00   |
| SENSIBILIDAD A LOS ANTIFIMICOS                       | PATOLOGIA CLINICA | \$ 4,320.00 |
| EXAMEN GENERAL DE ORINA                              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 120.00   |
| PRUEBA INMUNOLOGICA DE EMBARAZO (PIE)                | PATOLOGIA CLINICA | \$ 200.00   |
| CUANTIFICACION DE PROTEINAS EN ORINA DE 12 Y 24 HRS. | PATOLOGIA CLINICA | \$ 120.00   |
| COPROPARASITOSCOPICO MUESTRA UNICA                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00   |
| COPROPARASITOSCOPICO SERIADO (TRES MUESTRAS)         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| APC (COPROPARASITOSCOPICO INMEDIATO)                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00   |
| CITOLOGIA FECAL (MOCO FECAL)                         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00   |
| CORPROLOGICO   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 200.00   |
| GRAHAM   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00   |
| GRASAS EN HECES CUALITATIVAS                         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00   |
| GUAYACO  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00   |
| CRYPTOSPORIDIUM EN HECES                             | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| ROTAVIRUS  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 590.00   |
| GLUCOSA EN HECES                                     | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00   |
| BIOMETRIA HEMATICA CON PLAQUETAS                     | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00   |
| BIOMETRIA HEMATICA CON SEDIMENTACION                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 300.00   |
| BIOMETRIA HEMATICA CON RETICULOCITOS                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 300.00   |
| TIEMPO DE PROTOMBINA Y TROMBOPLASTINA                | PATOLOGIA CLINICA | \$ 480.00   |
| HEMATOCRITO  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 110.00   |
| SERIE ROJA   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00   |
| FROTIS DE SANGRE PERIFERICA                          | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00   |





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                   |           |
|---|-------------------|-----------|
| PLAQUETAS                                       | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| RETICULOCITOS                                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| SEDIMENTACION                                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| TIEMPO DE PROTOMBINA                            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00 |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA                        | PATOLOGIA CLINICA | \$ 320.00 |
| FIBRINOGENO                                     | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00 |
| AGLUTININAS FRIAS                               | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00 |
| EOSINOFILOS EN MOCO NASAL                       | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00 |
| EOSINOFILOS FARINGEO                            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00 |
| CELULAS LE                                      | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00 |
| ACIDO URICO EN ORINA                            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| ACIDO URICO EN SANGRE                           | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| BALANCE NITROGENADO                             | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| CETONEMIA                                       | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| CREATININA EN SANGRE                            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| DEPURACION DE CREATININA                        | PATOLOGIA CLINICA | \$ 600.00 |
| GLUCOSA   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| GLUCOSA POST-PRANDIAL (2 MUESTRAS)              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00 |
| NITROGENO DE LA UREA EN ORINA                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| NITROGENO DE LA UREA EN SANGRE                  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| CITOQUIMICO DE LIQUIDOS CORPORALES              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 480.00 |
| CUERPOS CETONICOS EN ORINA                      | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00 |
| QUIMICA SANGUINEA (GLU, IREA, CREAT)            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00 |
| QUIMICA SANGUINEA (GLU, IREA, CREAT, AC. URICO) | PATOLOGIA CLINICA | \$ 480.00 |
| COLESTEROL                                      | PATOLOGIA CLINICA | \$ 170.00 |
| COLESTEROL HDL                                  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 430.00 |
| PROTEINAS TOTALES                               | PATOLOGIA CLINICA | \$ 200.00 |
| AST (ASPARTATO AMINO TRANSFERASA)               | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00 |
| ALT (ALANINO AMINO TRANSFERASA)                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00 |
| ALP (FOSFATASA ALCALINA)                        | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00 |
| BILIRRUBINA DIRECTA Y TOTAL                     | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00 |
| LDH DESHIDROGENASA LACTICA                      | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00 |
| CPK CREATININA FOSFO QUINASA                    | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00 |
| CPK MB  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00 |
| GGT (GAMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA)              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 600.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"



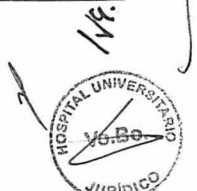


**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                   |             |
|--|-------------------|-------------|
| AMILASA URINARIA 2 HORAS                                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 600.00   |
| AMILASA SERICA   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 600.00   |
| FOSFATASA ACIDA TOTAL                                    | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00   |
| FOSFATASA ACIDA TOTAL Y PROSTATICA                       | PATOLOGIA CLINICA | \$ 480.00   |
| FOSFORO URINARIO   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00   |
| FOSFORO SERICO   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00   |
| PFHC (10) PT, ALB, COLES, AST, ALT, ALP, BILIS, AMY, GGT | PATOLOGIA CLINICA | \$ 910.00   |
| PERFIL BIOQUIMICO II (19) PFHC MAS QS MAS ELEC CL        | PATOLOGIA CLINICA | \$ 1,260.00 |
| PERFIL BIOQUIMICO I (16) PFH (12) MAS Q.S.               | PATOLOGIA CLINICA | \$ 1,160.00 |
| PERFIL BIOQUIMICO III (22) PFHC, MAS QS, MAS CA, FOS     | PATOLOGIA CLINICA | \$ 1,390.00 |
| PFHC (12) PFH, LDH, CK                                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 1,040.00 |
| ENZIMAS CARDIACAS I AST, CPK, LDH                        | PATOLOGIA CLINICA | \$ 690.00   |
| ENZIMAS CARDIACAS II AST, CPK, LDH, CPK MB               | PATOLOGIA CLINICA | \$ 1,270.00 |
| ELECTROLITOS SERICOS (CLORO, SODIO Y POTASIO)            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 480.00   |
| ELECTROLITOS SERICOS (CLORO, SODIO, POTASIO Y CALC)      | PATOLOGIA CLINICA | \$ 720.00   |
| ELECTROLITOS SERICOS (CLORO, SODIO, POTASIO, CAL, Y FOS) | PATOLOGIA CLINICA | \$ 950.00   |
| ELECTROLITOS SERICOS (Cl, Na, K, Ca, Fosf y Magnesio)    | PATOLOGIA CLINICA | \$ 950.00   |
| FOSFORO  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00   |
| MAGNESIO   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 550.00   |
| SODIO  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00   |
| POTASIO  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00   |
| CALCIO Y FOSFORO   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 480.00   |
| ELECTROLITOS URINARIOS (SODIO Y POTASIO)                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 390.00   |
| ELECTROLITOS URINARIOS (SODIO, POTASIO Y CREAT)          | PATOLOGIA CLINICA | \$ 480.00   |
| CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS                              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00   |
| MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS                            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 550.00   |
| FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS                             | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00   |
| HIDANTINA  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| FENOBARBITAL   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| CARBAMAZEPINA  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| ACIDO VALPROICO  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| TEOFILINA  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| DIGOXINA   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| UROPOFIRINAS   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| TRANSFERRINA   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|                                       |                   |             |
|---------------------------------------|-------------------|-------------|
| HIERRO SERICO                         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| HIERRO PROTEICO                       | PATOLOGIA CLINICA | \$ 630.00   |
| PERFIL DE LIPIDOS                     | PATOLOGIA CLINICA | \$ 1,180.00 |
| FOSFOLIPIDOS                          | PATOLOGIA CLINICA | \$ 780.00   |
| TRIGLICERIDOS                         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 320.00   |
| HDL                                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 590.00   |
| LDL                                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 590.00   |
| ALBUMINA                              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 160.00   |
| GLICEMIA                              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 160.00   |
| ELECTROFORESIS DE PROTEINAS           | PATOLOGIA CLINICA | \$ 990.00   |
| ANTIESTERPTOLISINAS "O"               | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00   |
| REACCIONES FEBRILES (UNA SOLA PRUEBA) | PATOLOGIA CLINICA | \$ 150.00   |
| FEBRILES COMPLETAS                    | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00   |
| PROTEINA C REACTIVA                   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00   |
| V.D.R.L.                              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 200.00   |
| FACTOR REUMATOIDE                     | PATOLOGIA CLINICA | \$ 510.00   |
| BRUCELLA ANTICUERPO ANTI              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00   |
| CENTRIFUGACION                        | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00   |
| COOMBS DIRECTO                        | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00   |
| COOMBS INDIRECTO                      | PATOLOGIA CLINICA | \$ 480.00   |
| EQUIPO DE TRANSFUSION                 | PATOLOGIA CLINICA | \$ 80.00    |
| FRACCIONAMIENTO PEDIATRICO            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00   |
| GRUPO Y RH                            | PATOLOGIA CLINICA | \$ 240.00   |
| PRUEBAS CRUZADAS                      | PATOLOGIA CLINICA | \$ 200.00   |
| V.D.R.L.                              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 200.00   |
| FLEOTOMIA                             | PATOLOGIA CLINICA | \$ 280.00   |
| ANTIGENO DE AUSTRALIA HBg Ag          | PATOLOGIA CLINICA | \$ 590.00   |
| HIV (PRUEBA DE SIDA)                  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 780.00   |
| HCV (HEPATITIS TIPO C)                | PATOLOGIA CLINICA | \$ 780.00   |
| HEPATITIS "C"                         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 780.00   |
| HEPATITIS "B"                         | PATOLOGIA CLINICA | \$ 780.00   |
| TRANSFUSION SANGRE TOTAL              | PATOLOGIA CLINICA | \$ 2,710.00 |
| TRANSFUSION PAQUETE GLOBULAR          | PATOLOGIA CLINICA | \$ 2,710.00 |
| TRANSFUSION PLASMA                    | PATOLOGIA CLINICA | \$ 900.00   |
| TRANSFUSION CONCENTRADO PLAQUETARIO   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 900.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                   |             |
|--|-------------------|-------------|
| TRANSFUSION CRIOPRECIPITADO  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 900.00   |
| TRANSFUSION PEDIATRICA   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 900.00   |
| PERFIL DE DONADOR  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 1,550.00 |
| GASOMETRIA   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 680.00   |
| ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 800.00   |
| PLAQUETOFERESIS  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 6,666.00 |
| RECAMBIO PLASMATICO  | PATOLOGIA CLINICA | \$ 5,067.00 |
| CHAGAS   | PATOLOGIA CLINICA | \$ 780.00   |
|  | <b>PEDIATRIA</b>  |             |
| PEDIATRIA  | PEDIATRIA         | \$ 350.00   |
| NUTRICION  | PEDIATRIA         | \$ 350.00   |
| CONTROL DE NIÑO SANO   | PEDIATRIA         | \$ 350.00   |
| PSICOLOGIA   | PEDIATRIA         | \$ 350.00   |
| CARDIOLOGIA  | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| CLINICA DE OBESIDAD  | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| CLINICA DE ANOMALIAS VASCULARES (HEMANGIOMAS)                            | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| CIRUGIA PEDIATRICA   | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| COLOPROCTOLOGIA  | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| DERMATOLOGIA   | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| ENDOCRINOLOGIA   | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| CLINICA DE EPILEPSIA   | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| GASTROENTEROLOGIA  | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| INFECTOLOGIA   | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| INMUNOLOGIA  | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| NEFROLOGIA   | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| NEONATOLOGIA   | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| NEUMOLOGIA   | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| NEUROLOGIA   | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| REUMATOLOGIA   | PEDIATRIA         | \$ 450.00   |
| APLICACIÓN DE SOLUMEDRO  | PEDIATRIA         | \$ 650.00   |
| APLICACIÓN DE MEDICAMENTO (HIDRATO CLORAL 10%) (POR KILO SEGÚN PACIENTE) | PEDIATRIA         | \$ 70.00    |
| APLICACIÓN DE MEDICAMENTO  | PEDIATRIA         | \$ 960.00   |
| BIOPSIA DE PIEL  | PEDIATRIA         | \$ 2,800.00 |
| BRONCOSCOPIA   | PEDIATRIA         | \$ 8,000.00 |
| CURACION   | PEDIATRIA         | \$ 100.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|   |                    |              |
|---|--------------------|--------------|
| ECOCARDIOGRAMA                            | PEDIATRIA          | \$ 2,500.00  |
| ECOTRANSFONTANELAR                        | PEDIATRIA          | \$ 2,000.00  |
| ELECTROCARDIOGRAMA                        | PEDIATRIA          | \$ 1,500.00  |
| ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)                | PEDIATRIA          | \$ 1,350.00  |
| ELECTROLITOS EN SUDOR                     | PEDIATRIA          | \$ 1,200.00  |
| EMISIONES OTOACUSTICAS                    | PEDIATRIA          | \$ 500.00    |
| ENDOSCOPIA SUPERIOR                       | PEDIATRIA          | \$ 8,000.00  |
| COLONOSCOPIA                              | PEDIATRIA          | \$ 8,000.00  |
| ESPIROMETRIA                              | PEDIATRIA          | \$ 1,200.00  |
| INFILTRACIONES                            | PEDIATRIA          | \$ 500.00    |
| NEBULIZACION                              | PEDIATRIA          | \$ 250.00    |
| POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS            | PEDIATRIA          | \$ 1,500.00  |
| POTENCIALES VISUALES                      | PEDIATRIA          | \$ 1,400.00  |
| PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CONSULTORIO | PEDIATRIA          | \$ 1,000.00  |
| CURETAJE O MOLUSCOS CON SEDACION          | PEDIATRIA          | \$ 2,500.00  |
| CURETAJE O MOLUSCOS SIN SEDACION          | PEDIATRIA          | \$ 1,500.00  |
|   | <b>PSIQUIATRIA</b> |              |
| PRECONSULTA                               | PSIQUIATRIA        | \$ 470.00    |
| CONSULTA DE EVALUACION                    | PSIQUIATRIA        | \$ 470.00    |
| PSICOTERAPIA INDIVIDUAL                   | PSIQUIATRIA        | \$ 470.00    |
| PSICOTERAPIA DE APOYO                     | PSIQUIATRIA        | \$ 470.00    |
| CONTROL FARMACOLOGICO                     | PSIQUIATRIA        | \$ 470.00    |
| CONSULTA DE INTERVENCION EN CRISIS        | PSIQUIATRIA        | \$ 470.00    |
| PSICOTERAPIA DE GRUPO ANALITICO           | PSIQUIATRIA        | \$ 330.00    |
| PSICOTERAPIA DE GRUPO DE TAREA            | PSIQUIATRIA        | \$ 330.00    |
| PSICOTERAPIA DE PAREJA                    | PSIQUIATRIA        | \$ 470.00    |
| PSICOTERAPIA DE FAMILIA                   | PSIQUIATRIA        | \$ 470.00    |
| PSICOTERAPIA INFANTIL Y ADOLESCENTES      | PSIQUIATRIA        | \$ 470.00    |
| CONSULTA DE URGENCIAS                     | PSIQUIATRIA        | \$ 700.00    |
| PSICODIAGNOSTICOS (PRUEBAS PSICOLOGICAS)  | PSIQUIATRIA        | \$ 9,400.00  |
| C.I. ORGANICIDAD                          | PSIQUIATRIA        | \$ 4,400.00  |
| DICTAMEN PSIQUIATRICO CON RATIFICACION    | PSIQUIATRIA        | \$ 9,400.00  |
| PACIENTES INTERNADOS EN PENSIONISTAS      | PSIQUIATRIA        | \$ 1,400.00  |
| EQUIPO DE EVALUACION                      | PSIQUIATRIA        | \$ 12,500.00 |
|   | <b>QUIROFANO</b>   |              |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

*[Handwritten initials]*  
119.



**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                  |              |
|--|------------------|--------------|
| CESAREA  | QUIROFANO        | \$ 4,600.00  |
| PARTO NORMAL   | QUIROFANO        | \$ 6,600.00  |
|  | RADIODIAGNOSTICO |              |
| ANGIO PERIF UNILATERAL (SALA/INSUMOS SI HONOR. SIN MAT. DIAG)          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ABLACION CARDIACA* (SALA/INSUMOS -SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,780.00 |
| ABLACION GUIADA POR TAC* (SALA/INSUMOS -SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 15,180.00 |
| ANESTESIA P/EST. DE RMN, TAC, HEMOD                                    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,760.00  |
| CONSULTA DE ANGIOLOGIA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00    |
| ANGIO TAC DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO                                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 11,000.00 |
| ANGIO TAC DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO                                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 11,000.00 |
| PUNCION GUIADA POR TAC (SALA/INSUMOS-SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,000.00  |
| ANGIO DE ARCO AORTICO (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANGIO ABDOM MESENTERICA INF* (SALA/INSUMOS-SIN HONOR. S/MAT. DIAG.)    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANGIO ABDOM MESENTERICA SUP* (SALA/INSUMOS-SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANGIO ABDOM PANANGIO* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MATERIAL DIAG.)     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANGIO ABDOM RENALES* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANGIO ABDOM TRONCO CELIACO* (SALA /INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANGIO CEREBRAL CAROT. BILAT* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 32,560.00 |
| ANGIO CEREBRAL CARO UNILAT* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANGIO CEREBRAL PANANGIO* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANG CORONARIA VENTRIC* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| AORTOGRAMA* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANGIO PULMONAR* SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANGIO PERIF BILATERAL* (SALA /INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 32,560.00 |
| ANGIO PERIF EXTREM SUP BILAT* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.) | RADIODIAGNOSTICO | \$ 32,560.00 |
| ANGIO PERIF EXTREM SUP UNIL. (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                  |              |
|--|------------------|--------------|
| ANGIOPLASTIA CORONARIA* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,780.00 |
| ANGIOPLASTIA D CAROTIDAS BILAT*(SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 43,560.00 |
| ANGIOPLASTIA CEREBRAL* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,780.00 |
| ANGIOPLASTIA D CAROTIDA UNILAT* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.) | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,780.00 |
| ANGIOPLASTIA PERIFERICA*(SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,780.00 |
| ANGIOPLASTIA RENAL* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,780.00 |
| ANGIO PERIF UNILATERAL*(SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG)           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| ANGIO PERIF EXTREM SUP UNILAT*   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,280.00 |
| BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR ECO   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,000.00  |
| BIOPSIA CON FLUROSCOPIA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,000.00  |
| BIOPSIA HEPTCA PERCTANEA X ECO   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,000.00  |
| BIOPSIA GUIADA POR ECO   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,000.00  |
| BIOPSIA PROSTATICA POR ECO   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,000.00  |
| BIOPSIA DE MAMA RESECCION PERCU.   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 14,300.00 |
| BIOPSIA RENAL POR ECO  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,000.00  |
| BIOPSIA GUIADA POR TAC   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,000.00  |
| BIOPSIA TRANSRECTAL  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,000.00  |
| BIOPSIA TRANSYUGULAR* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,000.00  |
| BLOQUEO FACETARIO* (SALA INSUMOS)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,200.00  |
| CATERERISMO CARDIACO BILAT* (SALA INSUMOS)                               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 26,400.00 |
| CATERERISMO CARDIACO UNILAT* (SALA INSUMOS)                              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 13,200.00 |
| CINERESONANCIA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,000.00  |
| CISTERNORESONANCIA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 14,400.00 |
| CISTOGRAMA DE CHOQUE   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,000.00  |
| CISTOGRAMA DE LLENADO  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,970.00  |
| COLANGIO POR SONDA EN T  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,400.00  |
| COLANGIOPLASTIA* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,800.00 |
| COLOCACION DE ARPON POR ECOGRAFIA * (MAMA) (SIN HONORARIOS               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00  |
| COLOCACION DE ARPON POR MAMOGRAFIA (SIN HONORARIOS                       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00  |
| COLOCACION DE CATETER POR ECO (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                  |              |
|--|------------------|--------------|
| CONSULTA DE ANGIOLOGIA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00    |
| CONTRASTE NO IONICO  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,000.00  |
| CONTRASTE PARA GASTRO  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 900.00    |
| CONTRASTE PARA RNM/TAC/HEMOD                                       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,000.00  |
| CRIOABLACION (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,300.00 |
| DACRIOCISTOGRAFIA (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,100.00  |
| DRENAJE POR TAC (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,150.00  |
| COLON POR ENEMA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,100.00  |
| EMBOZACION ABDOMINAL* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MATERIAL DIAG.) | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,000.00 |
| EMBOZACION CEREBRAL* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,000.00 |
| ESCLEROTERAPIA PERCUTANEA (SALA /INSUMOS SIN HONOR SIN MAT. DIAG.) | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,500.00  |
| ESOFAGOGRAMA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,000.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER CAVERNOSO  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECO MARCAJE (SALA INSUMOS)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECO DE PIERNA IZQUIERDA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECO DE PIERNA DERECHA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA ABDOMINAL  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA CADERA DER   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA CADERA IZQ   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA CODO DER   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA CODO IZQ   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA DE PROSTATA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECO TRANSFONTANELAR  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECO DOPPLER TRANSCRANEAL   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,300.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER ABDOMINAL  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECO DOPPLER OFTALMICO  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER TESTICULAR                                       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECO DOPPLER POR REGION   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECO DOPPLER TIROIDEO   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL MIEMBRO SUPERIOR DER                    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECO DOPPLER ARTERIAL MIEMBRO SUPERIOR                              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MIEM INF DER                         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MIEM INF IZQ                         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MIEM SUP IZQ                         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|   |                  |              |
|---|------------------|--------------|
| ECO DOPPLER VENOSO MIEMBRO SUPERIOR   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,000.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER VENOSO DE MIEM INF  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,000.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER VENOSO MIEMBRO SUPERIOR   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,000.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER VENOSO  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECO DOPPLER CON BIPEDESTACION   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 8,800.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER CAROTIDA BIL  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECOGRAFIA MASOENCEFALICA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,000.00  |
| ECOGRAFIA DOPPLER RENAL   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| ECOGRAFIA HOMBRO DER  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA HOMBRO IZQ  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA MAMA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00  |
| PAQUETE DE ECO Y MAMOGRAFIA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,500.00  |
| ECOGRAFIA RENAL BILATERAL   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,300.00  |
| ECOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA MUÑECA DER  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA MUÑECA IZQ  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA OBSTETRICA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA OFTALMICA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA DE PARTES NOBLES  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA PELVICA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA RODILLA DER   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA RODILLA IZQ   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA TESTICULAR  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA TIROIDES  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA TOBILLO DER   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA TOBILLO IZQ   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA TRANSRECTAL   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA TRANSVAGINAL  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ELECTROCARDIOGRAMA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 600.00    |
| ECO DE CUELLO TEJIDOS BLANDOS   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECO DE PARTES BLANDAS   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| ECOGRAFIA REVISION DE VARICES   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,000.00  |
| EXTRACCION DE LITIASIS BILIAR RESIDUAL ( SALA/INSUMOS SIN HONORARIOS SIN MAT. DIAGNOSTICO | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,800.00 |
| ESPLENOPTOGRAMA (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)                                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 15,200.00 |

*[Handwritten signature]*  

 HOSPITAL UNIVERSITARIO  
 Dr. José Eleuterio González  
 Jefe de Medicina



**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                  |              |
|--|------------------|--------------|
| ESTEROTAXIA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,840.00 |
| ESOFAGOGRAMA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,000.00  |
| FLEBOGRAFIA BILATERAL * (SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG)                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,000.00  |
| FLEBOGRAFIA UNILATERAL * (SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG.)              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,500.00  |
| FLUROSCOPIA CADA 30 MINUTOS * (SALA/ INSUMOS)                                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,000.00  |
| FLUROSCOPIA PARA COLOCACION DE CATETER * (SALA /INSUMOS)                     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,000.00  |
| FLUROSCOPIA PARA PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO * (SALA/INSUMOS)                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,000.00  |
| GALACTOGRAFIA (SALA / INSUMOS)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,500.00  |
| HISTEROSALPINGOGRAFIA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,500.00  |
| HISTEROSONOGRAMA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,640.00  |
| IMPLANTACION DE MARCAPASO DEFINITIVO (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG. | RADIODIAGNOSTICO | \$ 11,350.00 |
| IMPLANTACION DE MARCAPASO TEMPORAL (SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG.     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,000.00  |
| MAMOGRAFIA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,200.00  |
| MECANISMO DE DEGLUCION   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,500.00  |
| NEFROSTOMIA PERCUTANEA* (SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG.)               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 13,700.00 |
| NEURONAVEGACION CABEZA Y CUELLO  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| NEURONAVEGACION COLUMNA VERTEBRAL  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| PIELOGRAFIA (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG)                          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,000.00  |
| PLASTIA BILIAR (SALA/INSUMOS-SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)                      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 15,500.00 |
| QUIMIOEMBOLIZACION* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG)                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 23,550.00 |
| RADIOABLACION* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)                      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 23,550.00 |
| RADIOABLACION CARDIACA* (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 23,550.00 |
| RM ABDOMINAL SIMPLE Y CONT   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM ABDOMEN INF CONTRASTADO   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM ABDOMINAL SIMPLE  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM ANGIO-RM AORTA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |
| RM ANGIO DE CUELLO SIMPLE Y CONTRASTADA                                      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |
| RM ANGIO CRANEO SIMPLE Y CONT  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |
| RM ANGIO INFERIOR BILATERAL  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 22,900.00 |
| RM ANGIO INFERIOR DER  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |
| RM ANGIO INFERIOR IZQ  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

Handwritten initials and a circular stamp from Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".



**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*Handwritten signature*

|                                      |                  |              |
|--------------------------------------|------------------|--------------|
| RM ANGIO RM PULMONAR                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |
| RM ANGIO RM RENAL                    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |
| RM ANGIO SUPERIOR BILAT              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 22,900.00 |
| RM ANGIO SUPERIOR DER                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |
| RM ANGIO SUPERIOR IZQ                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |
| RM ANGIO TSA CONT                    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |
| RM ANTEBRAZO DER SIMPLE Y CONT       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM ANTEBRAZO DER SIMPLE              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM ANTEBRAZO IZQ SIMPLE Y CONT       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM ANTEBRAZO IZQ SIMPLE              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM ATM SIMPLE Y CONT                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM ATM SIMPLE                        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM CADERA DER SIMPLE Y CONT          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM CADERA DER SIMPLE                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM CADERA IZQ SIMPLE Y CONT          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM CADERA IZQ SIMPLE                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM CARDIACA SIMPLE Y CONT            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM CARDIACA SIMPLE                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM CARDIACA SIMPLE Y CONT, CON STRES | RADIODIAGNOSTICO | \$ 15,000.00 |
| RM CERVICAL SIMPLE Y CONT            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM CERVICAL SIMPLE                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM CODO DER SIMPLE Y CONT            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM CODO DER SIMPLE                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM CODO IZQ SIMPLE Y CONT            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM CODO IZQ SIMPLE                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM COLANGIO SIMPLE Y CONT            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM COLANGIO SIMPLE                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM CON ANTENA ENDORECTAL CONTRAS     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 14,000.00 |
| RM CRANEO SIMPLE Y CONT              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM CRANEO SIMPLE                     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM CUELLO SIMPLE Y CONT              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM CUELLO SIMPLE                     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM DORSAL SIMPLE Y CONT              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM DORSAL SIMPLE                     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM EST DINÁMICO LCR SIM Y CONT       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

*Handwritten signatures and stamps*

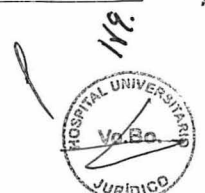


**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|                                 |                  |              |
|---------------------------------|------------------|--------------|
| RM ESPECTROSCOPIA               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM BRAZO DER SIMPLE Y CONT      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM BRAZO DER SIMPLE             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM BRAZO IZQ SIMPLE Y CONT      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM BRAZO IZQ SIMPLE             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM HIGADO CON PRIMOVIST         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,600.00 |
| RM HIGADO SIMPLE                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM HIPOFISIS SIMPLE Y CONT      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM HIPOFISIS SIMPLE             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM HOMBRO DER SIMPLE Y CONT     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM HOMBRO DER SIMPLE            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM HOMBRO IZQ SIMPLE Y CONT     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM HOMBRO IZQ SIMPLE            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM LOBULOS TEM SIMPLE Y CONT    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM LOBULOS TEMP SIMPLE          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM LUMBAR SIMPLE Y CONT         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM LUMBAR SIMPLE                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM MACIZO FACIAL SIMPLE         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM MACIZO FACIAL SIMPLE Y CONT. | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM MAMA SIMPLE                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM MAMA SIMPLE Y CONT           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM MANO DEDO DER SIMPLE Y CONT  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM MANO DEDO DER SIMPLE         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM MANO DEDO IZQ SIMPLE Y CONT  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM MANO DEDO IZQ SIMPLE         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM MEDULA COMPLETA SIM Y CONT   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 20,000.00 |
| RM MEDULA COMPLETA SIMPLE       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 17,000.00 |
| RM MUSLO DER SIMPLE Y CONT      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM MUSLO DER SIMPLE             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM MUSLO IZQ SIMPLE Y CONT      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM MUSLO IZQ SIMPLE             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM MUÑECA DER SIMPLE Y CONT     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM MUÑECA DER SIMPLE            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM MUÑECA IZQ SIMPLE Y CONT     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM MUÑECA IZQ SIMPLE            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|                                  |                  |              |
|----------------------------------|------------------|--------------|
| RM OIDOS SIMPLE Y CONT           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM OIDOS SIMPLE                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM ORBITAS SIMPLE Y CONT         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM ORBITAS SIMPLE                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM PANCREAS SIMPLE Y CONT        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM PANCREAS SIMPLE               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM PELVICA SIMPLE Y CONT         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM PELVICA SIMPLE                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM PIE DER SIMPLE Y CONT         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM PIE DER SIMPLE                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM PIE IZQ SIMPLE Y CONT         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM PIE IZQ SIMPLE                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM PIERNA DER SIMPLE Y CONT      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM PIERNA DER SIMPLE             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM PIERNA IZQ SIMPLE Y CONT      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM PIERNA IZQ SIMPLE             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM PLEXO BRANQUIAL               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM PLEXO BRAQUIAL SIMPLE Y CONT. | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM PRÓSTATA SIMPLE               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM PRÓSTATA SIMPLE Y CONT.       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM ABDOMEN INF CONTRASTADO       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM RENAL SIMPLE Y CONT           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM RENAL SIMPLE                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM RODILLA DER SIMPLE Y CONT     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM RODILLA DER SIMPLE            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM RODILLA IZQ SIMPLE Y CONT     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM RODILLA IZQ SIMPLE            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM SACROILIACAS SIMPLE Y CONT    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM SACROILIACAS SIMPLE           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM SENOS PARANASALES SIM Y CONT  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM SENOS PARANASALES SIMPLE      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM TESTICULAR SIMPLE Y CONT      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM TESTICULAR SIMPLE             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM TOBILLO DER SIMPLE Y CONT     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM TOBILLO DER SIMPLE            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                  |              |
|--|------------------|--------------|
| RM TOBILLO IZQ SIMPLE Y CONT                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM TOBILLO IZQ SIMPLE                          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM TORAX SIMPLE Y CONT                         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,980.00 |
| RM TORAX SIMPLE                                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM TRACTOGRAFIA                                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,000.00  |
| RM UNION CRANEO VERTEBRAL SIMPLE               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM UNION CRANEO VERTEBRAL SIMPLE Y CONTRASTADA | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |
| RM URO SIMPLE                                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,250.00  |
| RM URO SIMPLE Y CONTRASTADA                    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 10,870.00 |

|                               |                  |             |
|-------------------------------|------------------|-------------|
| RX ABDOMEN 1 POS              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX ABDOMEN 2 POS              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX ABDOMEN 3 POS              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX AGUJEROS OPTICOS           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX ANTEBRAZO 1 POS DER        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX ANTEBRAZO 1 POS IZQ        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX ANTEBRAZO 2 POS DER        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX ANTEBRAZO 2 POS IZQ        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX ATM (BA/BC)                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 600.00   |
| RX CADERA 1 POS DER           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX CADERA 1 POS IZQ           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX CADERA 2 POS DER           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX CADERA 2 POS IZQ           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX CADERA 3 POS DER           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX CADERA 3 POS IZQ           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX CADERA 4 POS DER           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,250.00 |
| RX CADERA 4 POS IZQ           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,250.00 |
| RX CALCÁNEO 2 POS DER         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX CALCÁNEO 2 POS IZQ         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX CALCÁNEO 1 POS DER         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX CALCÁNEO 1 POS IZQ         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX COLUMNA CERVICAL 1 POS     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX COLUMNA CERVICAL FLEXO-EXT | RADIODIAGNOSTICO | \$ 600.00   |
| RX COLUMNA CERVICAL 2 POS     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX COLUMNA CERVICAL OBLICUAS  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 600.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**

GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|                                  |                  |             |
|----------------------------------|------------------|-------------|
| RX COLUMNA DORSAL 1 POS          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX COLUMNA DORSAL 2 POS          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX CLAVÍCULA DER                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX CLAVÍCULA IZQ                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX COLUMNA LUMBOSACRA 1 POS      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX COLUMNA LUMBOSACRA 2 POS      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX COLUMNA LUMBOSACRA FLEXO-EXT  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 600.00   |
| RX COLUMNA LUMBOSACRA OBLICUAS   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 600.00   |
| RX CODO 1 POS DER                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX CODO 1 POS IZQ                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX CODO 2 POS DER                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX CODO 2 POS IZQ                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX COMPARATIVA DE MANOS 1 POS    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX COMPARATIVA DE MANOS 2 POS    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX CRANEO 1 POS                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX CRANEO 2 POS                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX CRANEO 3 POS                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX CUELLO TEJIDOS BLANDOS 1POS   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX CUELLO TEJIDOS BLANDOS 2POS   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX DEDO 1 POS DER                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX DEDO 1 POS IZQ                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX DEDO 2 POS DER                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX DEDO 2 POS IZQ                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX EDAD ÓSEA 2 POSICIONES (MANO) | RADIODIAGNOSTICO | \$ 800.00   |
| RX EDAD ÓSEA 1 POSICION (MANOS)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 600.00   |
| RX ESCÁPULA DER                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX ESCÁPULA IZQ                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX EXTERNÓN 1 POS                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX FEMUR 1 POS DER               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX FEMUR 1 POS IZQ               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX FEMUR 2 POS DER               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX FEMUR 2 POS IZQ               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX HOMBRO AP DER                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HOMBRO AP IZQ                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HOMBRO AXIAL DER              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|                                    |                  |             |
|------------------------------------|------------------|-------------|
| RX HOMBRO AXIAL IZQ                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HOMBRO DER 2 POS.               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX HOMBRO DESF. SUBACROMIAL DR     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HOMBRO DESF. SUBACROMIAL IZ     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HOMBRO IZQ. 2 POS               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX HOMBRO ROTACIONES DER           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HOMBRO ROTACIONES IZQ           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HUMERO 1 POS DER                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HUMERO 1 POS IZQ                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HUMERO 2 POS DER                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX HUMERO 2 POS IZQ                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX HUMERO TRANSTORACICA DER        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX HUMERO TRANSTORACICA IZQ        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX MANO 1 POS DER                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX MANO 1 POS IZQ                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX MANO 2 POS DER                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX MANO 2 POS IZQ                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX MASTOIDES 1 POS                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX MASTOIDES 2 POS                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX MASTOIDES 3 POS                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX MASTOIDES 4 POS                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,250.00 |
| RX MAXILAR 1 POS                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX MAXILAR 2 POS                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX MAXILAR 3 POS                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX MAXILAR 4 POS                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,250.00 |
| RX MEDICION DE COLUMNA 1 POS       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX MEDICION DE COLUMNA 2 POS       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,000.00 |
| RX MEDICION DE MIEMBRO INF. 1 POS. | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX MEDICION DE MIEMBRO INF. 2 POS. | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,000.00 |
| RX MUÑECA 1 POS DER                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX MUÑECA 1 POS IZQ                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX MUÑECA 2 POS DER                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX MUÑECA 2 POS IZQ                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX PANORAMICA DENTAL               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 600.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|                             |                  |             |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| RX PELVIS 1 POS             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX PELVIS 2 POS             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX PELVIS 3 POS             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX PIE 1 POS DER            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX PIE 1 POS IZQ            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX PIE 2 POS DER            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX PIE 2 POS IZQ            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX PIE 3 POS DER            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX PIE 3 POS IZQ            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX PIES CON APOYO 1 POS DER | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX PIES CON APOYO 1 POS IZQ | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX PIES CON APOYO 2 POS DER | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX PIES CON APOYO 2 POS IZQ | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX PIES CON APOYO 3 POS DER | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX PIES CON APOYO 3 POS IZQ | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX PIERNA 1 POS DER         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX PIERNA 1 POS IZQ         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX PIERNA 2 POS DER         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX PIERNA 2 POS IZQ         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX RODILLA 1 POS DER        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX RODILLA 1 POS IZQ        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX RODILLA 2 POS DER        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX RODILLA 2 POS IZQ        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX RODILLA 3 POS DER        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX RODILLA 3 POS IZQ        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX RODILLA 4 POS DER        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,250.00 |
| RX RODILLA 4 POS IZQ        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,250.00 |
| RX ROTULA AXIAL DER         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX ROTULA AXIAL IZQ         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX SACROILIACAS 1 POS DER   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX SACROILIACAS 1 POS IZQ   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX SACROILIACAS 2 POS DER   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX SACROILIACAS 2 POS IZQ   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX SACROCOXIS 1 POS         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX SACROCOXIS 2 POS         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ EL EUTERIO GONZÁLEZ"

*[Handwritten signature]*







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |                  |             |
|---|------------------|-------------|
| RX SENOS PARANASALES 1 POS  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX SENOS PARANASALES 2 POS  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX SENOS PARANASALES 3 POS  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX SERIE CARDIACA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 900.00   |
| RX SILLA TURCA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX SERIE OSEA METASTASICA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,400.00 |
| RX TOBILLO 1 POS DER  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX TOBILLO 1 POS IZQ  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX TOBILLO 2 POS DER  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX TOBILLO 2 POS IZQ  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX TOBILLO 3 POS DER  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX TOBILLO 3 POS IZQ  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX TOBILLO 4 POS DER  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,250.00 |
| RX TOBILLO 4 POS IZQ  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,250.00 |
| RX TORAX 1 POS  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX TORAX 2 POS  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| RX TORAX 3 POS  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,000.00 |
| RX TORAX 4 POS  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,250.00 |
| RX TORAX OSEO 1 POS   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 500.00   |
| RX TORAX OSEO 2 POS   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 750.00   |
| SEDACION ANESTESICA (SIN HONOR. MEDICOS)                              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,200.00 |
| SERIE GASTRODUODENAL  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,000.00 |
| SIALOGRAFIA BILATERAL (SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG.)          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,000.00 |
| SIALOGRAFIA UNILATERAL (SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG.)         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 2,500.00 |
| TRATAMIENTO LASER DE VARISES (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.) | RADIODIAGNOSTICO | \$ 8,000.00 |
| TRAGO DE BARIO  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,500.00 |
| TRANSITO INTESTINAL   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,500.00 |
| TERAPIA CELULAR (SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG.)                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,000.00 |
| TOMOSINTESIS (SIN DER TS)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,100.00 |
| TORACOSINTESIS (SALA/INSUMOS SIN HON SIN MT. DIAG.)                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,000.00 |
| TAC ABDOMEN TOTAL SIM Y CONT  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,150.00 |
| TAC ABDOMEN TOTAL SIMPLE  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |
| TAC ABDOMINO-PELVIC SIM Y CONT  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,150.00 |
| TAC ABDOMINO-PELVICO SIMPLE   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**

GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                  |              |
|--|------------------|--------------|
| TAC ANGIO ABDOMINAL CONTRASTADO              | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,950.00  |
| TAC ANGIO CRANEO CONTRASTADO                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,950.00  |
| TAC ANGIO CUELLO CONTRASTADO                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,950.00  |
| TAC ANGIO DE MIEMBROS INFERIORES CONTRASTADO | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,000.00 |
| TAC ANGIO DE TORAX CONTRASTADO               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,950.00  |
| TAC ANGIOCORONARIO CONTRASTADO               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 15,000.00 |
| TAC ANGIO ENTRE SUP. DER. CONTRAST.          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,000.00 |
| TAC ANGIO ENTRE SUP. IZQ. CONTRAST.          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 12,000.00 |
| TAC ANTEBRAZO DER                            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC ANTEBRAZO IZQ                            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC BRAZO DER                                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC BRAZO IZQ                                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC CADERA DER                               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC CADERA IZQ                               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC CODO DER                                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC CODO IZQ                                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC COLUMNA CERVICAL SIMPLE Y CON            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00  |
| TAC COLUMNA CERVICAL SIMPLE                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC CRANEO SIMPLE Y CONT                     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00  |
| TAC CRANEO SIMPLE                            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC CUANTIFICACION DE CALCIO CONT.           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00  |
| TAC CUELLO SIMPLE Y CONT                     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00  |
| TAC CUELLO SIMPLE                            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC DE COLUMNA CERVICAL RECONSTRUCCION 3D    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,350.00  |
| TAC DE COLUMNA DORSAL RECONSTRUCCION 3D      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,350.00  |
| TAC DE CRANEO EN 3D                          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,350.00  |
| TAC DE COLUMNA LUMBAR RECONSTRUCCION 3D      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,350.00  |
| TAC DENTAL                                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC DORSAL SIMPLE Y CONT                     | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00  |
| TAC DORSAL SIMPLE                            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC FEMUR DER                                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC FEMUR IZQ                                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |
| TAC HIGADO CONTRASTADO                       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00  |
| TAC HIPOFISIS SIMPLE Y CONT                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00  |
| TAC HIPOFISIS SIMPLE                         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00  |





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                  |             |
|--|------------------|-------------|
| TAC HOMBRO DER                             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC HOMBRO IZQ                             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC INTERVENCIONISTA (SALA/INSUMOS)        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC LUMBAR SIMPLE Y CONT                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |
| TAC LUMBAR SIMPLE                          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC MACIZO FACIAL                          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC MACIZO FACIAL 3D                       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,350.00 |
| TAC MUÑECA/MANO DER                        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC MUÑECA/MANO IZQ                        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC OIDOS                                  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC OIDOS SIMPLE Y CONTRASTADO             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |
| TAC ORBITA SIMPLE Y CONT                   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |
| TAC ORBITA SIMPLE                          | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC PELVIS                                 | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC DE PELVIS SIMPLE Y CONTRASTADO         | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |
| TAC PIERNA DER                             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC PIERNA IZQ                             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC PULMONAR AR CONT                       | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |
| TAC RODILLA DER                            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC RODILLA IZQ                            | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC SACROILIACAS SIMPLE Y CONT             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |
| TAC SACROILIACAS SIMPLE                    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC SENOS PARANASALES SIMPLE Y CONTRASTADO | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |
| TAC SENOS PARANASALES                      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC SIALOTAC                               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC TOBILLO/PIE DER                        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC TOBILLO/PIE IZQ                        | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC TORACO-ABD SIMPLE Y CONT               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,150.00 |
| TAC TORACO-ABDOMINAL SIMPLE                | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,000.00 |
| TAC TORAX SIMPLE Y CONT                    | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |
| TAC TORAX SIMPLE                           | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC URO SIMPLE Y CONTRASTADO               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,500.00 |
| TAC URO SIMPLE                             | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,500.00 |
| TAC URO SIMPLE EN 3 D                      | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,350.00 |
| TAC DE CADERA DERECHA EN 3 D               | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,350.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|   |                  |              |
|---|------------------|--------------|
| TAC DE CADERA IZQUIERDA EN 3D   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 9,350.00  |
| TROMBOLISIS* (SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MATIERAL DIAGNOST.)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,800.00 |
| URETROCISTOGRAMA MICCIONAL  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,500.00  |
| URETROCISTOGRAMA RETROGRADO   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,500.00  |
| URO EXCRETORA   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 6,000.00  |
| COLOCACION DE FILTRO DE VENA CAVA* (SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG.)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 26,400.00 |
| FISTULOGRAFIA *(SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG.)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,000.00  |
| DERIVACION BILIAR* (SALA INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG.)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 13,200.00 |
| DRENAJE POR ECO* SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,150.00  |
| DRENAJE POR TAC* 8SALA/INSUMOS SIN HON. SIN MAT. DIAG.)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,150.00  |
| ECOGRAFIA DE TORAX  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 1,650.00  |
| VALVULOPLASTIA* (SALA/INSUMOS)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 21,800.00 |
| PUNCION GUIADA POR ECO (SALA/INSUMOS-SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,000.00  |
| CEFALOMETRIA  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 600.00    |
| PARACENTESIS (SALA/INSUMOS SIN HONOR. SIN MAT. DIAG.)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 3,000.00  |
| FLUROSCOPIA PARA RETIRO DE CATETER* (SALA/INSUMOS)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,000.00  |
| NULITELLY   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 250.00    |
| CRIOABLACION (SALA INSUMOS SIIN HON. SIN MAT. DIAG)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 16,300.00 |
| PET 18F DESOXIGLUCOSA (FDG)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 24,200.00 |
| PET 18F-FLORURO DE SODIO (NaF)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 7,000.00  |
| PET 18F FLUOROCOLINA (FCH)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 28,000.00 |
| PET 18F-FLUOROESTRIADOL (FES)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 28,000.00 |
| PET 18F- FLURO-ETIL-TIROSINA (FET)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 28,000.00 |
| PET18F FLOUROMISONIDAZOL (FMISO)  | RADIODIAGNOSTICO | \$ 28,000.00 |
| PET 18F.FLUOROTMIDINA (FLT)   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 28,000.00 |
| ANESTESIA PARA ESTUDIO DE RMN   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,760.00  |
| ANESTESIA PARA ESTUDIO DE TAC   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 5,760.00  |
| CONTRASTE NO IONICO   | RADIODIAGNOSTICO | \$ 4,000.00  |
| LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN EN RADIODIAGNOSTICO QUE REQUIEREN MATERIALES, MEDICAMENTOS ESPECIALES, ASI COMO HONORARIOS MEDICOS NO ESTAN INCLUIDOS EN LOS COSTOS MENCIONADOS |                  |              |
|   | TRAUMATOLOGIA    |              |
| CONSULTA RESIDENTES   | TRAUMATOLOGIA    | \$ 250.00    |
| CONSULTA MAESTROS   | TRAUMATOLOGIA    | \$ 300.00    |
|   | UROLOGIA         |              |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

*[Handwritten signature]*



**CIUDAD DE MONTERREY**

GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|   |          |              |
|---|----------|--------------|
| APLICACIÓN DE BOTOX (INC. 100 UNIDADES)                   | UROLOGIA | \$ 11,000.00 |
| BIOPSIA DE PENE LOCAL                                     | UROLOGIA | \$ 3,000.00  |
| BIOPSIA DE PROSTATA POR ECO CON LOCAL                     | UROLOGIA | \$ 2,700.00  |
| BIOPSIA DE PROSTATA POR ECO CON SEDACION                  | UROLOGIA | \$ 4,200.00  |
| BIOPSIA TESTICULAR CON LOCAL                              | UROLOGIA | \$ 3,000.00  |
| BIOPSIA TESTICULAR CON SEDACION                           | UROLOGIA | \$ 4,500.00  |
| CIRCUNCISION + VASECTOMIA CON LOCAL                       | UROLOGIA | \$ 5,000.00  |
| CIRCUNCISION CON LOCAL                                    | UROLOGIA | \$ 3,000.00  |
| CIRCUNCISION PEDIATRICO CON SEDACION                      | UROLOGIA | \$ 5,000.00  |
| CIRCUNCISION ADULTO CON SEDACION                          | UROLOGIA | \$ 6,000.00  |
| CIRUCUN. + VARICOC. BIL. CON SEDACION                     | UROLOGIA | \$ 9,000.00  |
| CIRCUNC. + VASECTOMIA CON SEDACION                        | UROLOGIA | \$ 8,000.00  |
| CISTOSCOPIA CON LOCAL                                     | UROLOGIA | \$ 2,500.00  |
| CISTOSCOPIA CON SEDACION                                  | UROLOGIA | \$ 4,000.00  |
| CISTOSTOMIA POR PUNCION CON LOCAL                         | UROLOGIA | \$ 3,000.00  |
| CISTOSTOMIA CON SEDACION                                  | UROLOGIA | \$ 6,000.00  |
| CISTOSCOPIA + TOMA DE BIOPSIA                             | UROLOGIA | \$ 6,000.00  |
| CIERRE DE HERIDA CON LOCAL                                | UROLOGIA | \$ 1,500.00  |
| CISTOLITOTOMIA ABIERTA                                    | UROLOGIA | \$ 12,000.00 |
| CISTOLITOTRIPSIA  | UROLOGIA | \$ 16,000.00 |
| CISTOGRAMA  | UROLOGIA | \$ 7,000.00  |
| COLOCACION DE CATETER "J" CON SEDACION (INC. 1 CATATER)   | UROLOGIA | \$ 6,000.00  |
| EXTRACCION ENDOUROLOGICA                                  | UROLOGIA | \$ 25,000.00 |
| FIJACION TESTICULAR CON SEDACION                          | UROLOGIA | \$ 5,000.00  |
| FULGURACION + BIOPSIA CON LOCAL                           | UROLOGIA | \$ 3,500.00  |
| FULGURACION DE CONDILOMAS CON LOCAL                       | UROLOGIA | \$ 3,000.00  |
| HIDROCELECTOMIA CON SEDACION                              | UROLOGIA | \$ 6,000.00  |
| MEATOTOMIA CON LOCAL                                      | UROLOGIA | \$ 3,000.00  |
| MEATOTOMIA CON SEDACION PEDIATRICO                        | UROLOGIA | \$ 4,500.00  |
| MEATOTOMIA CON SEDACION ADULTO                            | UROLOGIA | \$ 4,500.00  |
| NEFRECTOMIA POR LAPARASCOPIA (+INTERNAMIENTO)             | UROLOGIA | \$ 30,000.00 |
| NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA CON LITOCCLAS (+ INTERNAMIENTO) | UROLOGIA | \$ 25,000.00 |
| ORQUIDOPEXIA INGUINAL CON SEDACION                        | UROLOGIA | \$ 6,000.00  |
| ORQUIECTOMIA CON LOCAL                                    | UROLOGIA | \$ 3,000.00  |
| ORQUECTOTOMIA SUBALBUGINEA CON SEDACION                   | UROLOGIA | \$ 6,000.00  |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"







**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|  |   |              |
|--|---|--------------|
| RETIRO DE CATETER "J" CON LOCAL                      | UROLOGIA  | \$ 2,500.00  |
| RETIRO DE CATETER "J" CON SEDACION                   | UROLOGIA  | \$ 4,100.00  |
| RETIRO DE CATETER + PIELOGRAFIA + URETROCISTOSCOPIA" | UROLOGIA  | \$ 12,000.00 |
| RESECCION DE QUISTE CON SEDACION                     | UROLOGIA  | \$ 6,000.00  |
| RESECCION DE QUISTE CON LOCAL                        | UROLOGIA  | \$ 3,000.00  |
| RTUP (+INTERNAMIENTO)                                | UROLOGIA  | \$ 15,000.00 |
| RTU-V (+INTERNAMIENTO)                               | UROLOGIA  | \$ 15,000.00 |
| RESECCION TUMORAL ESCROTAL CON LOCAL                 | UROLOGIA  | \$ 3,500.00  |
|  | <b>RENTA DE EQUIPOS DE SERVICIO DE UROLOGIA</b>   |              |
| RENTA DE EQUIPO DE NEFROSCOPIO                       | UROLOGIA  | \$ 5,000.00  |
| RENTA DEL EQUIPO DE LAPAROSCOPIA                     | UROLOGIA  | \$ 15,000.00 |
| RENTA DE EQUIPO LASER Y FLEXIBLE                     | UROLOGIA  | \$ 17,000.00 |
| RENTA DE EQUIPO DE URETEROSCOPIO RIGIDO              | UROLOGIA  | \$ 4,500.00  |
| RENTA DE EQUIPO DEL URETEROSCOPIO FLEXIBLE           | UROLOGIA  | \$ 6,000.00  |
| RENTA DEL CISTOSCOPIO                                | UROLOGIA  | \$ 2,500.00  |
| RENTA DE EQUIPO FLUJO CONTINUO O RESECTOSCOPIO       | UROLOGIA  | \$ 8,000.00  |
| RENTA EQUIPO BIPOLAR                                 | UROLOGIA  | \$ 10,000.00 |
| RENTA TELEPACK                                       | UROLOGIA  | \$ 3,000.00  |
|  | <b>MATERIAL UTILIZADO EN SERVICIO DE UROLOGIA</b> |              |
| CANASTILLA   | UROLOGIA  | \$ 4,000.00  |
| CATETER "J" (3 MESES)                                | UROLOGIA  | \$ 1,500.00  |
| CATETER "J" (1 AÑO)                                  | UROLOGIA  | \$ 4,000.00  |
| HEMOCLIPS (VERDE)                                    | UROLOGIA  | \$ 300.00    |
| HEMOLOOKS (MORADO)                                   | UROLOGIA  | \$ 1,000.00  |
| VICRYL 7-0   | UROLOGIA  | \$ 500.00    |
| NYLON 9-0  | UROLOGIA  | \$ 400.00    |
| SONDAS SILASTIC 6,8,10,12,14,16,18,20                | UROLOGIA  | \$ 400.00    |
| SONDA DE 3 VIAS #22                                  | UROLOGIA  | \$ 400.00    |
| DILATADOR DE MEATO                                   | UROLOGIA  | \$ 500.00    |
| BALON DILATADOR                                      | UROLOGIA  | \$ 5,000.00  |
| AMPLATZ  | UROLOGIA  | \$ 6,000.00  |
| GUIA CORRECAMINOS                                    | UROLOGIA  | \$ 1,000.00  |
| RENTA LITOCLAS/LITOTRIPTOR INCLUYE VARILLA           | UROLOGIA  | \$ 3,000.00  |
| PINZA DE BIOPSIA                                     | UROLOGIA  | \$ 1,000.00  |
| URETEROSCOPIA CON FLEXIBLE LASER                     | UROLOGIA  | \$ 19,000.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**

GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



*[Handwritten signature]*

|   |                         |              |
|---|-------------------------|--------------|
| URETEROSCOPIA CON LITOCCLAS                       | UROLOGIA                | \$ 14,000.00 |
| URETOSCOPIA RIGIDA CON LASER                      | UROLOGIA                | \$ 15,000.00 |
| URETEROCELECTOMIA CON SEDACION                    | UROLOGIA                | \$ 8,500.00  |
| URETOSCISTOSCOPIA PBLE. URETROTOMIA INTERNA       | UROLOGIA                | \$ 13,000.00 |
| URETROTOMIA INTERNA                               | UROLOGIA                | \$ 13,000.00 |
| URETROTOMIA CON LASER                             | UROLOGIA                | \$ 18,000.00 |
| VASOVASOSTOMIA CON SEDACION                       | UROLOGIA                | \$ 10,000.00 |
| VARICOCELECTOMIA CON SEDACION                     | UROLOGIA                | \$ 7,000.00  |
| VASECTOMIA CON LOCAL                              | UROLOGIA                | \$ 3,000.00  |
| VASECTOMIA CON SEDACION                           | UROLOGIA                | \$ 5,000.00  |
| PIELOGRAFIA RETORGRADA                            | UROLOGIA                | \$ 8,000.00  |
| PROSTATECTOMIA POR LAPARASCOPIA (-HINTERNAMIENTO) | UROLOGIA                | \$ 35,000.00 |
|   | <b>PROCEDIMIENTOS</b>   |              |
| APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS (BCG, DOMOSO, ETC.)    | UROLOGIA                | \$ 450.00    |
| CONSULTA  | UROLOGIA                | \$ 250.00    |
| CALIBRACION                                       | UROLOGIA                | \$ 450.00    |
| CAMBIO DE SONDA                                   | UROLOGIA                | \$ 350.00    |
| CATERISMO   | UROLOGIA                | \$ 450.00    |
| CURACION  | UROLOGIA                | \$ 250.00    |
| DILATACION DE LA URETRA                           | UROLOGIA                | \$ 800.00    |
| EXPLORACION GINECOLOGICA                          | UROLOGIA                | \$ 250.00    |
| FLUJOMETRIA                                       | UROLOGIA                | \$ 300.00    |
| FIJACIÓN DE SONDA DE NEFROSTOMIA                  | UROLOGIA                | \$ 250.00    |
| FIJACION DE PENROSE                               | UROLOGIA                | \$ 250.00    |
| INSTALACION DE CITOCCLISIS                        | UROLOGIA                | \$ 1,150.00  |
| IRRIGACION VESICAL                                | UROLOGIA                | \$ 500.00    |
| LLENADO DE VEJIGA, CISTOMETRIA                    | UROLOGIA                | \$ 450.00    |
| PRUEBA DE ACIDO ACETICO                           | UROLOGIA                | \$ 250.00    |
| RETIRO DE GRAPAS                                  | UROLOGIA                | \$ 250.00    |
| RETIRO DE PENROSE                                 | UROLOGIA                | \$ 250.00    |
| RETIRO DE PUNTOS                                  | UROLOGIA                | \$ 250.00    |
| TOMA DE UROCULTIVO                                | UROLOGIA                | \$ 120.00    |
| TOMA CITOLOGIA URINARIA                           | UROLOGIA                | \$ 450.00    |
|   | <b>UNIDAD DE HIGADO</b> |              |
| ACIDO URICO EN SUERO                              | UNIDAD DE HIGADO        | \$ 130.00    |

*[Handwritten signature]*





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |                  |             |
|--|------------------|-------------|
| ALBUMINA EN SUERO  | UNIDAD DE HIGADO | \$ 164.00   |
| ALANIN AMINO TRANSFERASA (ALT)                             | UNIDAD DE HIGADO | \$ 150.00   |
| ASPARTATO AMINO TRANSFERA (AST)                            | UNIDAD DE HIGADO | \$ 150.00   |
| BIOMETRIA HEMATICA (BH)                                    | UNIDAD DE HIGADO | \$ 190.00   |
| BILIRRUBINA TOTAL  | UNIDAD DE HIGADO | \$ 190.00   |
| BILIRRUBINA TOTAL, DIRECTA E INDIRECTA                     | UNIDAD DE HIGADO | \$ 240.00   |
| COLOR EN SUERO   | UNIDAD DE HIGADO | \$ 150.00   |
| COLESTEROL EN SUERO  | UNIDAD DE HIGADO | \$ 150.00   |
| CONSULTA MEDICA PRIMERA VEZ                                | UNIDAD DE HIGADO | \$ 1,700.00 |
| CONSULTA MEDICA SUBSECUENTE                                | UNIDAD DE HIGADO | \$ 1,200.00 |
| CREATININA EN SUERO  | UNIDAD DE HIGADO | \$ 150.00   |
| DESHIDROGENASA LACTICA EN SUERO                            | UNIDAD DE HIGADO | \$ 280.00   |
| ELECTROLITOS EN SUERO (ES)                                 | UNIDAD DE HIGADO | \$ 460.00   |
| GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA (GGT)                        | UNIDAD DE HIGADO | \$ 150.00   |
| GLUCOSA EN SANGRE  | UNIDAD DE HIGADO | \$ 120.00   |
| HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (AgSHB)                 | UNIDAD DE HIGADO | \$ 350.00   |
| HEPATITIS B CORE AC IgG (Anticore total)                   | UNIDAD DE HIGADO | \$ 470.00   |
| HEPATITIS B (PCR VHB Cualitativo)                          | UNIDAD DE HIGADO | \$ 3,300.00 |
| HEPATITIS C AC ( Anti C )                                  | UNIDAD DE HIGADO | \$ 630.00   |
| HEPATITIS C VIRUS GENOTIPO                                 | UNIDAD DE HIGADO | \$ 6,115.00 |
| HEPATITIS C VIRUS DETECCION POR PCR (PCR VHC Cualitativo)  | UNIDAD DE HIGADO | \$ 3,300.00 |
| NITROGENO UREICO SERICO (BUN)                              | UNIDAD DE HIGADO | \$ 120.00   |
| PARCIAL DE ORINA (EGO)                                     | UNIDAD DE HIGADO | \$ 100.00   |
| PERFIL BIOQUIMICO (QUIMICA SANG. PFH'S, ELECT. SERICOS)    | UNIDAD DE HIGADO | \$ 1,660.00 |
| PERFIL DE LIPIDOS ESP                                      | UNIDAD DE HIGADO | \$ 430.00   |
| PROTEINAS TOTALES  | UNIDAD DE HIGADO | \$ 120.00   |
| PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO (PFHS)                  | UNIDAD DE HIGADO | \$ 650.00   |
| QUIMICA SANGUINEA CON ACIDO URICO (Qs) (4 ELEMENTOS)       | UNIDAD DE HIGADO | \$ 330.00   |
| SODIO EN SUERO   | UNIDAD DE HIGADO | \$ 150.00   |
| TIEMPO DE PROTROMBINA                                      | UNIDAD DE HIGADO | \$ 160.00   |
| TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL                           | UNIDAD DE HIGADO | \$ 240.00   |
| TRIGLICERIDOS EN SUERO                                     | UNIDAD DE HIGADO | \$ 120.00   |
| UREA/BUN EN SUERO (nitrogeno ureico sérico bun)            | UNIDAD DE HIGADO | \$ 120.00   |
| ALFALFETOPROTEINA  | UNIDAD DE HIGADO | \$ 400.00   |
| CARGA VIRAL DE VIRUS DE HEPATITIS C (PCR VHC CUANTITATIVO) | UNIDAD DE HIGADO | \$ 5,000.00 |

CONTRATO CELEBRADO CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



|  |  |             |
|--|--|-------------|
| CARGA VIRAL DE VIRUS DE HEPATITIS B (PCR VHB CUANTITATIVO) | UNIDAD DE HIGADO                       | \$ 5,000.00 |
| HEPATITIS A AC (ANTICUERPOS ANTI VHA IgG)                  | UNIDAD DE HIGADO                       | \$ 600.00   |
| HEPATITIS A AC (ANTICUERPOS ANTI VHA IgM)                  | UNIDAD DE HIGADO                       | \$ 600.00   |
| FIBROMAX   | UNIDAD DE HIGADO                       | \$ 7,500.00 |
| APOLIPOPROTEINA A 1  | UNIDAD DE HIGADO                       | \$ 700.00   |
| ALFA 2 MACROGLOBULINA                                      | UNIDAD DE HIGADO                       | \$ 2,300.00 |
| HAPTOGLOBINA   | UNIDAD DE HIGADO                       | \$ 700.00   |
| FOSFATA ALCALINA EN SUERO (ALP)                            | UNIDAD DE HIGADO                       | \$ 150.00   |
|  | U.C.I. (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS) |             |
| USO DE VENTILADOR POR DIA                                  | U.C.I. (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS) | \$ 990.00   |

Enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente Anexo 1 del Contrato, el cual consta de 70-setenta fojas por el anverso, manifiestan que no existe impedimento legal o vicio alguno de voluntad o de consentimiento que pudiera invalidarlo, lo firman de conformidad el día 30-treinta de diciembre de 2016-dos mil dieciséis, en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León.

POR "EL MUNICIPIO"

C. HÉCTOR ANTONIO GALVÁN ANCIRA  
DIRECTOR JURÍDICO DE LA  
SECRETARÍA DEL AYUNTAMIENTO

C. ALÁN GERARDO GONZÁLEZ SALINAS  
DIRECTOR DE ADQUISICIONES DE LA  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN

C. ELVIRA YAMILETH LOZANO GARZA  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN





**CIUDAD DE MONTERREY**  
GOBIERNO MUNICIPAL 2015-2018



C. MANUEL SANMIGUEL RAMOS  
DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS  
MUNICIPALES

C. LEONARDO ARNULFO RAMOS  
VALENZUELA  
DIRECTOR DE EGRESOS DE LA  
TESORERÍA MUNICIPAL

POR "EL HOSPITAL"

C. EDELMIRO PÉREZ RODRÍGUEZ  
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MÉDICA Y  
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"

HOJA 70-SETENTA DEL ANEXO 1 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL MUNICIPIO DE MONTERREY, NUEVO LEÓN Y LA INSTITUCIÓN DENOMINADA HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ" EN FECHA 30-TREINTA DE DICIEMBRE DE 2016-DOS MIL DIECISÉIS.

1/9

