



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 1 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2018-Cont-000146**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009132/2018

Emisión 26/12/2018

P. P. : 2018-00001113

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 08 DE ENERO DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FITOHEMAGLUTININA (PHYTOHAEMAGGLUTININ) PAA	11	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Envase por 10 ml

Periodo enero a diciembre 2019

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RPMI 1640 PAA 500 ML (CON HEPES-I GLUTAMINA) MEDIO DE CULTIVO	29	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Envase por 500ml. RPMI 1640 con L Glutamina y HEPES.

Periodo enero a diciembre 2019

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KARYOMAX COLCEMID SOLUTION, LIQUID (10 UG/ML), IN HBSS	15	Unidad	

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 2 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000146**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009132/2018

Emision 26/12/2018

P. P. : 2018-00001113

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 08 DE ENERO DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Envase por 10ml (10ug/ml)  
Periodo enero a diciembre 2019

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SUERO FETAL BOVINO	4	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Envase por 500ml Endotoxina < a 10EU/ml  
Periodo enero a diciembre 2019

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	L-GLUTAMINA	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Envase por 100ml de L-Alanil L-Glutamina en 0.85% de CLNA. Osm:440-500 mOsm/kg  
Periodo enero a diciembre 2019

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 3 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000146**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009132/2018

Emision 26/12/2018

P. P. : 2018-00001113

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 08 DE ENERO DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: LABORATORIO. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de LABORATORIO, Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 14 HS.

Este establecimiento no se hará cargo por gastos adicionales.

Factura de acuerdo a Orden de Compra.

Los pagos correspondientes se efectuarán por medio de la Tesorería del Hospital sitio Avenida Calchaqui 5401.

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello