



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-000151

2018

Número

Año

Expediente 2915-009146/2018

Emisión 06/11/2018

P. P. : 2018-00001104

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 15 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 09:00

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

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	ASPERGILLUS EIA, AG GALACTOMANANO	6	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: kit por 96 determinaciones
Periodo enero a diciembre 2019

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DETECCIÓN DE VEROTOXINA O SHIGA TOXIN	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: kit por 25 determinaciones. Metodo inmunocromatografia.
Periodo enero a diciembre 2019

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINA A&B, DETECCIÓN DE	8	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

Contratación Directa

2018-Cont-000151

2018

Número

Año

Expediente 2915-009146/2018

Emisión 06/11/2018

P. P. : 2018-00001104

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 15 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 09:00

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

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.

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: kit por 25 determinaciones. Metodo inmunocromatografia.
Periodo enero a diciembre 2019

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEPTOSPIROSIS, DETECCION DE ANTICUERPOS ANTI LEPTOSPIRA	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: kit para metodo manual
Periodo enero a diciembre 2019

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HANTAVIRUS IGG, KIT POR 96 DETERMINACIONES	1	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. : 3 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000151

2018

Número

Año

Expediente 2915-009146/2018

Emision 06/11/2018

P. P. : 2018-00001104

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 15 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 09:00

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

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: Kit metodo manual
Periodo enero a diciembre 2019

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HANTAVIRUS IGM, KIT POR 96 DETERMINACIONES	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Kit metodo manual
Periodo enero a diciembre 2019

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Laboratorio. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Laboratorio, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 14Hs..

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