



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 **2022**

Pag. : 1 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2022-Cont-000050

2022

Número

Año

Expediente 2915-00012627/2022

Emisión 28/03/2022

P. P. : 2022-00000049

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE ABRIL DEL 2022**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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	TARJETAS EN GEL PARA IDENTIFICACIÓN ABO/D + INVERSA (A;B;DVI,CTL/A1),MICROTUBOS DE 6 POCILLOS	90	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TARJETAS EN GEL PARA IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO ABO/RH DVI + (A,B;AB,DVI;CTL), MICROTUBOS DE 6 POCILLOS	4	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TARJETAS EN GEL LISS-COOMBS PARA MICROTUBOS DE 6 POCILLOS	70	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TARJETAS EN GEL PARA RH + SUBGRUPOS + KELL (C,C (CHICA),E,E (CHICA),K,CLT) PARA MICROTUBOS DE 6 POCILLOS	10	Caja	

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 **2022**

Pag. : 2 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2022-Cont-000050

2022

Número

Año

Expediente 2915-00012627/2022

Emision 28/03/2022

P. P. : 2022-00000049

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE ABRIL DEL 2022**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PANEL DE HEMATÍES PARA IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO ABO (A1 + B) INVERSO SÉRICO	50	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PANEL DE HEMATÍES PARA IDENTIFICACIÓN ANTICUERPOS IRREGULARES(I+II)	60	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PANEL DE IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES PRESENTACION 11 TUBOS X 4ML	12	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Presentación : 11 Tubos x 4ml

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCIÓN MODIFICADA DE LISS PARA HEMATÍES DE TEST EN GEL	50	Caja	

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 **2022**

Pag. : 3 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2022-Cont-000050

2022

Número

Año

Expediente 2915-00012627/2022

Emision 28/03/2022

P. P. : 2022-00000049

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE ABRIL DEL 2022**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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:

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KIT ELUCIÓN (ACIDA DE ANTICUERPOS PARA TÉCNICA EN GEL) X 10 DETERMINACIONES	8	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TARJETAS CON AMPLIO PERFIL CON SUERO DE COOMBS MONOESPECÍFICO 6 MICROTUBOS EN GEL (IGG, IGM, C3C, C3D) Y MICROTUBO CONTROL	10	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BROMELINA ENZIMA PARA EMPLEO EN TEST EN GEL SOLUCION X 500ML	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TARJETAS TEST SALINOS(CLNA), ENZIMATICOS Y CRIOAGLUTININAS DE 6			

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 **2022**

Pag. : 4 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2022-Cont-000050

2022

Número

Año

Expediente 2915-00012627/2022

Emission 28/03/2022

P. P. : 2022-00000049

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE ABRIL DEL 2022**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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.

MICROTUBOS CON TEST GEL

10

Caja

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Medicina Transfusional. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Medicina Transfusional, 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