



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 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000156

2018

Número

Año

Expediente 2915-009178/2018

Emisión 07/11/2018

P. P. : 2018-00001006

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 10:00

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IMPRONTAS PARA IF HIGADO-RIÑÓN-ESTÓMAGO (ANTICUERPOS RL,RK,RS,RAT))	96	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Improntas para determinaciones en cortes de tejido H/E/R Periodo enero a diciembre 2019

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI DNA NATIVO SUSTRATO CRITHIDIA LUCILLAE 8 POCILLOS POR PORTA. KIT COMPLETO	600	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicitan 600 determinaciones. periodo enero a diciembre 2019

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANCA IF KIT COMPLETO	400	Unidad	

Confecionó

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 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000156

2018

Número

Año

Expediente 2915-009178/2018

Emission 07/11/2018

P. P. : 2018-00001006

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 10:00

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: Se solicitan 400 determinaciones de ANCA ETANOL
Periodo enero a diciembre 2019

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIALES (IFI) KIT COMPLETO. (ESÓFAGO DE MONO)	192	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita kit completo c/ improntas de tejido de tercio inferior de esófago de mono equivalentes a 192 determinaciones.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INMUNOENSAYO LINEAL PARA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES HEPÁTICAS (LIA)	48	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 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000156

2018

Número

Año

Expediente 2915-009178/2018

Emisión 07/11/2018

P. P. : 2018-00001006

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 10:00

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: Se solicitan 48 determinaciones.
Periodo enero a diciembre 2019

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES (ANA) HEP 2 IFI KIT COMPLETO.	1920	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicitan 1920 det. (Kit completo)
Periodo enero a diciembre 2019

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PANEL PARA VIRUS RESPIRATORIOS POR INMUNOFUORESCENCIA DIRECTA (IFD)	4	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. : 4 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000156

2018

Número

Año

Expediente 2915-009178/2018

Emisión 07/11/2018

P. P. : 2018-00001006

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 10:00

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: 8 kits por 50 determinaciones c/u

Periodo enero a diciembre 2019

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KIT PARA HMPV (METAPNEUMOVIRUS HUMANO) IFD	4	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: 8 kits por 50 determinaciones c/u

Periodo enero a diciembre 2019

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ICA (PRIMATE PANCREAS) SLIDE 8 POCILLOS	10	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. : 5 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000156

2018

Número

Año

Expediente 2915-009178/2018

Emisión 07/11/2018

P. P. : 2018-00001006

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 10:00

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: Se solicitan 10 improntas

Periodo enero a diciembre 2019

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INMUNOENSAYO LINEAL LÍNEA GÁSTRICA	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicitan 2 kits por 16 det. Autoanticuerpos contra F. Intrínseco, Transg. tisular, ASCA, Cel. Parietales y Gliadina)

Periodo enero a diciembre 2019

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MYOSITIS LIA	3	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. : 6 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000156

2018

Número

Año

Expediente 2915-009178/2018

Emision 07/11/2018

P. P. : 2018-00001006

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 10:00

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 por 16 determinaciones para 7 autoanticuerpos
Periodo enero a diciembre 2019

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LIA-VASCULITIS (3 ANTICUERPOS)	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: 2 Kit para 16. 3 Autoanticuerpos: PR3, MPO, GBM
Periodo enero a diciembre 2019

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANCA IF KIT COMPLETO	200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicitan 200 determinaciones de ANCA FORMALINA
Periodo enero a diciembre 2019

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. : 7 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000156

2018

Número

Año

Expediente 2915-009178/2018

Emision 07/11/2018

P. P. : 2018-00001006

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 10:00

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.

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CALPROTECTINA	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: 2 cajas por 50 determinaciones Metodo inmunocromatografia
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 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