



**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**

Licitación Privada

**2018-Priv-000034**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009150/2018

Emisión 05/11/2018

P. P. : 2018-00000979

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 13 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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MEDIO LOWENSTEIN JENSEN. ( TUBOS)	50	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 50 cajas por 3 tubos cada una.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MEDIO STONEBRINK. (TUBOS.)	50	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 50 cajas por 3 tubos cada una.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AGAR C L D.E X 500 GRS	25	Unidad	

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

**Observaciones:** Envase por 500 gramos

\_\_\_\_\_

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 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000034**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009150/2018

Emisión 05/11/2018

P. P. : 2018-00000979

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 13 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.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CALDO INFUSION CEREBRO CORAZON X 500 GRS	4	Unidad	

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

**Observaciones:** Envase por 500 gramos

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AGAR SABOURAUD DEXTROSA X 500 GRS	8	Unidad	

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

**Observaciones:** Envase por 500 gramos}

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COLORACION DE GRAM,EQUIPO COMPLETO 4 X 100 ML	20	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. : 3 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000034**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009150/2018

Emission 05/11/2018

P. P. : 2018-00000979

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 13 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:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COLORACION DE ZIEHL-EQUIPO COMPLETO	30	Unidad	

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

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KIT UNIDADES DE CRIOVIALES PARA CONSERVACIÓN DE CEPAS MICROBIANAS	1	Unidad	

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

**Observaciones:** Kit por 64 crioviales.

\_\_\_\_\_

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**

Licitación Privada

**2018-Priv-000034**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009150/2018

Emission 05/11/2018

P. P. : 2018-00000979

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 13 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.

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GIEMSA-COLORANTE HEMATOLOGICO FCO POR LITRO	8	Unidad	

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

**Observaciones:** Marca Merck o similar calidad

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MONODISCOS DE ÁCIDO BORONICO	6	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 6 envases por 50 discos cada uno

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MEROPENEM X 50 DISCOS EN TUBOS AUTODISPENSADOR	6	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**

Licitación Privada

**2018-Priv-000034**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009150/2018

Emisión 05/11/2018

P. P. : 2018-00000979

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 13 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:** Se solicitan 6 envases por 50 discos cada uno

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MONODISCOS DE EDTA X 50	6	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 6 envases por 50 discos cada uno

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFOXITINA X 50 DISCOS EN TUBOS AUTODISPENSADOR	6	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 6 envases por 50 discos cada uno

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLACAS AGAR SANGRE	6000	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. : 6 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000034**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009150/2018

Emission 05/11/2018

P. P. : 2018-00000979

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 13 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:**

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLACAS AGAR CHOCOLATE	6000	Unidad	

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

**Observaciones:**

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLACAS AGAR MUELLER HINTON	1500	Unidad	

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

**Observaciones:**

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STREPTOCOCCUS A TEST RÁPIDO	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. : 7 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000034**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009150/2018

Emission 05/11/2018

P. P. : 2018-00000979

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 13 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:** Metodo inmunocromatografia

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 09:00 a 13:00 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