



**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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 1 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000051**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009955/2019

Emisión 20/11/2019

P. P. : 2019-00001041

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 02 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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	ACTH	600	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI RECEPTORES TSH	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	1,25 DI OH VITAMINA D	3000	Unidad	

\_\_\_\_\_

Confecionó

\_\_\_\_\_

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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 2 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000051**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009955/2019

Emision 20/11/2019

P. P. : 2019-00001041

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 02 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BETA CROSSLAPS	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CORTISOL, DOSAJE DE	700	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 3 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000051**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009955/2019

Emision 20/11/2019

P. P. : 2019-00001041

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 02 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DHEAS	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ESTRADIOL, DOSAJE DE	1100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FOLATOS, DETERMINACION DE	800	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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 4 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000051**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009955/2019

Emisión 20/11/2019

P. P. : 2019-00001041

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 02 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FSH, DETERMINACIONES DE	1400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	B-HCG, DOSAJE DE	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 5 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000051**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009955/2019

Emisión 20/11/2019

P. P. : 2019-00001041

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 02 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IGE	2400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INSULINA, DETERMINACIONES DE	3000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LH, DETERMINACIONES DE	1300	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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 6 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000051**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009955/2019

Emisión 20/11/2019

P. P. : 2019-00001041

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 02 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROGESTERONA, DETERMINACIONES DE	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROLACTINA	1100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 7 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000051**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009955/2019

Emisión 20/11/2019

P. P. : 2019-00001041

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 02 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

Ver adjunto requisitos técnicos.

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SHBG	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020

Ver adjunto requisitos técnicos.

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TESTOSTERONA, DETERMINACIONES DE	700	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020

Ver adjunto requisitos técnicos.

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIROGLOBULINA, DETERMINACIÓN DE	500	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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 8 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000051**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009955/2019

Emisión 20/11/2019

P. P. : 2019-00001041

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 02 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VITAMINA B12	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020  
Ver adjunto requisitos técnicos.

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IL-6 (INTERLEUCINA-6), DETERMINACIONES DE	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.

**Observaciones:** Periodo enero a diciembre 2020

\_\_\_\_\_

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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 9 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000051**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009955/2019

Emision 20/11/2019

P. P. : 2019-00001041

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 02 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

Ver adjunto requisitos técnicos.

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 08:00 a 14:00 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