



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 **2024**

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000111

2024

Número

Año

Expediente 2915-015933/2024

Emision 5/4/2024

P. P. : 2024-00000790

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 11 DE ABRIL DEL 2024**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Determinaciones manuales_Serología_2024_x fracaso de CD50/24Pliego **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	DETECCIÓN DE TOXOCARIARIS (TOXOCARA), METODO ELISA, KIT X 96 DETERMINACIONES	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita 1 kit. Método ELISA. Provisión 1º semestre 2024.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPO IGG CONTRA TOXOIDE TETÁNICO	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicitan 2kits, método ELISA. Provisión 1º semestre 2024.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS IGG ESPECÍFICOS A POLISACÁRIDO CAPSULAR PNEUMOCOCICO (PCP)	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicitan 2kits, método ELISA. Provisión 1º semestre 2024.

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 **2024**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Contratacion Directa	
2024-Cont-000111	2024
Número	Año

Expediente 2915-015933/2024

Emission 5/4/2024

P. P. : 2024-00000790

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 11 DE ABRIL DEL 2024**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Determinaciones manuales_Serología_2024_x fracaso de CD50/24Pliego **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.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Servicio de Laboratorio. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicio de Laboratorio, Avenida Calchaqui 5401 de 8-16 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