



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 **2020**

Pag. : 1 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2020-Priv-000055

2020

Número

Año

Expediente 2915-0011234/2020

Emission 29/12/2020

P. P. : 2020-00001495

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 14 DE ENERO DEL 2021**

HORA 09:00

ASUNTO **Laboratorio**

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TROPONINA I, DOSAJE DE	1500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Cantidad prevista para cubrir la demanda del año 2021
Ver en anexo especificaciones técnicas particulares.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PRO-BNP DOSAJE DE	780	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Cantidad prevista para cubrir la demanda del año 2021
Ver en anexo especificaciones técnicas particulares.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HELICOBACTER PYLORI, DETECCIÓN DE ANTICUERPOS EN SUERO O PLASMA	100	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 **2020**

Pag. : 2 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2020-Priv-000055

2020

Número

Año

Expediente 2915-0011234/2020

Emission 29/12/2020

P. P. : 2020-00001495

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 14 DE ENERO DEL 2021**

HORA 09:00

ASUNTO **Laboratorio**

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: Cantidad prevista para cubrir la demanda del año 2021
Ver en anexo especificaciones técnicas particulares.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINA A&B, DETECCIÓN DE	300	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Cantidad prevista para cubrir la demanda del año 2021
Ver en anexo especificaciones técnicas particulares.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIMERO D	600	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 **2020**

Pag. : 3 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2020-Priv-000055

2020

Número

Año

Expediente 2915-0011234/2020

Emisión 29/12/2020

P. P. : 2020-00001495

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 14 DE ENERO DEL 2021**

HORA 09:00

ASUNTO **Laboratorio**

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: Cantidad prevista para cubrir la demanda del año 2021
Ver en anexo especificaciones técnicas particulares.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROCALCITONINA (PCT) DETERMINACIÓN DE	800	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Cantidad prevista para cubrir la demanda del año 2021
Ver en anexo especificaciones técnicas particulares.

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 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