



**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**

Pag. : 1 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000023**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008375/2018

Emission 01/03/2018

P. P. : 2018-00000230

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE MARZO DEL 2018**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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	GUIAS PARA ADMINISTRAR SANGRE CON FILTRO Y AGUJA 25/12 (V - 20)	5000	Unidad	

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

**Observaciones:**

Guias con doble camara  
Presentar muestra previa  
Vencimiento no menor a 1 año

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GUIAS PARA ADMINISTRAR SANGRE FRACCIONADA, CON MEDIDOR VOLUMÉTRICO RIGIDO GRADUADO Y FILTRO ( V 104)	300	Unidad	

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

**Observaciones:**

Presentar muestra previa  
vencimiento no menor a 1 año

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PIPETAS PASTEUR PLÁSTICAS X 3 ML, 150 MM LARGO, SIN ESTERILIZAR	10000	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**

Pag. : 2 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000023**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008375/2018

Emission 01/03/2018

P. P. : 2018-00000230

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE MARZO DEL 2018**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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% Inmediato

**Observaciones:**

Pipetas plastica x 3 ml sin esterilizar

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIP AZUL 200-1000 MICROLITROS CON CORONA PARA PIPETA AUTOMÁTICA	3000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TUBOS PÁSTICOS CON TAPA HERMÉTICA Y ETIQUETA, C/EDTA - K3, 13 X 75 FONDO EN U PARA 3 ML DE SANGRE	4000	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**

Pag. : 3 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000023**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008375/2018

Emission 01/03/2018

P. P. : 2018-00000230

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE MARZO DEL 2018**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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% Inmediato

**Observaciones:**

SE requiere muestra previa  
vencimiento no menor a 1 año

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TUBO PARA HEMOSTASIA FULL DRAW CON CITRATO DE SODIO 3,8 % EN VIDRIO INTERIOR ESTERIL VOLUMEN 4.5 ML 13 X 75 ML CON TAPA DE SEGURIDAD CELESTE Y TAPON D	700	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Se requiere muestra previa  
vencimiento no menor a un año

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TUBO PRIMARIO CON ACTIVADOR DE COAGULO Y GEL SEPARADOR EN PLASTICO, VOL 5 ML 13 X 100 ML CON TAPA DE SEGURIDAD Y TAPON SILICONADO PARA VACIO PRESENTAC	4000	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**

Pag. : 4 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000023**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008375/2018

Emission 01/03/2018

P. P. : 2018-00000230

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE MARZO DEL 2018**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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% Inmediato

**Observaciones:**

se requiere muestra

Vencimiento no menor a 1 año

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Medicina Transfusional. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Medicina Transfusional, Avenida Calchaqui 5401 de 08 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