



**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 **2021**

Pag. : 1 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2022-Pub-000008**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012711/2022

Emission 16/02/2022

P. P. : 2022-00000161

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 25 DE FEBRERO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

Detalle:

Valor del Pliego **7.000,00**

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GEN.MO99/ TC 99M DE 500 MCI	50	Unidad	

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

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GEN.MO99/ TC 99M DE 350 MCI	2	Unidad	

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

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GEN.MO99/ TC 99M DE 1CI	3	Unidad	

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

\_\_\_\_\_  
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 **2021**

Pag. : 2 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2022-Pub-000008**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012711/2022

Emission 16/02/2022

P. P. : 2022-00000161

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 25 DE FEBRERO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

Detalle:

Valor del Pliego **7.000,00**

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.

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

**Observaciones:**

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MDP (METILEN DIFOSFONATO)	5	Unidad	

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

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DMSA ( ACIDO DIMERCAPTOSUCCINICO )	20	Unidad	

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

**Observaciones:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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 **2021**

Pag. : 3 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2022-Pub-000008**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012711/2022

Emission 16/02/2022

P. P. : 2022-00000161

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 25 DE FEBRERO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

Detalle:

Valor del Pliego **7.000,00**

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.

Item N°1	CIPROFLOXACINA ( INFECTION )	15	Unidad	
----------	------------------------------	----	--------	--

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

**Observaciones:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SESTAMIBI ( 0,25 MG)	50	Unidad	

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

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SESTAMIBI 0,50 MG ( MONODOSIS)	100	Unidad	

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

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
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 **2021**

Pag. : 4 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2022-Pub-000008**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012711/2022

Emission 16/02/2022

P. P. : 2022-00000161

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 25 DE FEBRERO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

Detalle:

Valor del Pliego **7.000,00**

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.

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DTPA	20	Unidad	

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

**Observaciones:**

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HMDP (HIDROXIMETILDIFOSFONATO)	90	Unidad	

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

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MACROAGREGADO DE ALBÚMINA (MAA)	2	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 **2021**

Pag. : 5 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2022-Pub-000008**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012711/2022

Emission 16/02/2022

P. P. : 2022-00000161

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 25 DE FEBRERO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

Detalle:

Valor del Pliego **7.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincial 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.

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

**Observaciones:** Kit x 5 unidades

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BLISTER CON FRASCOS PARA ELUCIÓN; CON SUERO FISIOLÓGICO Y AL VACÍO	5	Unidad	

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

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KIT PARA CONTROL DE CALIDAD / MIBICH	5	Unidad	

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

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
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 **2021**

Pag. : 6 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2022-Pub-000008**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012711/2022

Emisión 16/02/2022

P. P. : 2022-00000161

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 25 DE FEBRERO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

Detalle:

Valor del Pliego **7.000,00**

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.

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLORURO DE ESTAÑO	3	Unidad	

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

**Observaciones:** Kit x 5 unidades

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NANOCOLOIDE ( NANO-TEC )	2	Unidad	

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

**Observaciones:**

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	OCTREOTIDO	2	Unidad	

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

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 **2021**

Pag. : 7 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2022-Pub-000008**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012711/2022

Emission 16/02/2022

P. P. : 2022-00000161

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 25 DE FEBRERO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

Detalle:

Valor del Pliego **7.000,00**

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:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Medicina Nuclear. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Medicina Nuclear, 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