



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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2021-Cont-000122

2021

Número

Año

Expediente 2915-012048/2021

Emission 20/08/2021

P. P. : 2021-00001086

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 25 DE AGOSTO DEL 2021**

HORA 10:00

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

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	DMSA (ACIDO DIMERCAPTOSUCCINICO)	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Kit x 20 unidades

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CIPROFLOXACINA (INFECTION)	20	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SESTAMIBI 0,50 MG (MONODOSIS)	60	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. : 2 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2021-Cont-000122

2021

Número

Año

Expediente 2915-012048/2021

Emission 20/08/2021

P. P. : 2021-00001086

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 25 DE AGOSTO DEL 2021**

HORA 10:00

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

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:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DTPA	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Kit x 20 unidades

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MACROAGREGADO DE ALBÚMINA (MAA)	3	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Kit x 5 unidades

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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2021-Cont-000122

2021

Número

Año

Expediente 2915-012048/2021

Emission 20/08/2021

P. P. : 2021-00001086

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 25 DE AGOSTO DEL 2021**

HORA 10:00

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

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.

Item N°1	GEN.MO99/ TC 99M DE 500 MCI	10	Unidad	
----------	-----------------------------	----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HMDP (HIDROXIMETILDIFOSFONATO)	10	Unidad	

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 08 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