



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 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000190

2024

Número

Año

Expediente 2915-016153/2024

Emission 24/06/2024

P. P. : 2024-00001343

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 28 DE JUNIO DEL 2024**

HORA 13:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Autoinmunidad automatizada_Equipo en comodato_año 2024 del Pliego **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	ANTICUERPOS ANTI MPO EN SUERO O PLASMA	250	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto con especificaciones técnicas.
Provisión 2024.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI PR3 EN SUERO O PLASMA	250	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto con especificaciones técnicas.
Provisión 2024.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI ENA	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: ENA Screen con 7 anticuerpos.
Ver adjunto con especificaciones técnicas.
Provisión 2024.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI-RNP/SM	100	Unidad	

Confecionó

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 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Contratacion Directa	
2024-Cont-000190	2024
Número	Año

Expediente 2915-016153/2024

Emission 24/06/2024

P. P. : 2024-00001343

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 28 DE JUNIO DEL 2024**

HORA 13:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Autoinmunidad automatizada_Equipo en comodato_año 2024 del Pliego **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.

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto con especificaciones técnicas.
 Provisión 2024.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI-RO 52	100	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto con especificaciones técnicas.
 Provisión 2024.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI-RNP	100	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto con especificaciones técnicas.
 Provisión 2024.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTI PÉPTIDO DEAMINADO DE GLIADINA IGA	1200	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 **2024**

Pag. : 3 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000190

2024

Número

Año

Expediente 2915-016153/2024

Emission 24/06/2024

P. P. : 2024-00001343

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 28 DE JUNIO DEL 2024**

HORA 13:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Autoinmunidad automatizada_Equipo en comodato_año 2024 del Pliego **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.

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto con especificaciones técnicas.
 Provisión 2024.

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTI PÉPTIDO DEAMINADO DE GLIADINA IGG	1200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto con especificaciones técnicas.
 Provisión 2024.

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRANSGLUTAMINASA TISULAR, AUTOANTICUERPOS TIPO IGA	2100	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto con especificaciones técnicas.
 Provisión 2024.

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRANSGLUTAMINASA TISULAR, ANTICUERPOS TIPO IGG	50	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 **2024**

Pag. : 4 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000190

2024

Número

Año

Expediente 2915-016153/2024

Emission 24/06/2024

P. P. : 2024-00001343

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 28 DE JUNIO DEL 2024**

HORA 13:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Autoinmunidad automatizada_Equipo en comodato_año 2024 del Pliego **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.

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto con especificaciones técnicas.
 Provisión 2024.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF 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 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