



**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-000019**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015707/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2023-00002569

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Det. Manuales de Autoinmunidad\_2024

Valor 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	IMPRONTAS PARA IF HIGADO-RIÑÓN-ESTÓMAGO (ANTICUERPOS RL,RK,RS,RAT))	1000	Unidad	

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

**Observaciones:** Improntas para mil determinaciones en cortes de tejido de Hígado/Estómago/Riñón. Método IFI.  
 Provisión 1º semestre 2024.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIALES (IFI) KIT COMPLETO. (ESÓFAGO DE MONO)	192	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicita kit completo con improntas de tejido de tercio inferior de esófago de mono para 192 determinaciones.  
 Provisión 1º semestre 2024.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES (ANA) HEP 2 IFI KIT COMPLETO.	2880	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. : 2 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000019**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015707/2024

Emision 19/01/2024

P. P. : 2023-00002569

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Det. Manuales de Autoinmunidad\_2024

Valor 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:** Se solicitan kits completos para 2880 determinaciones. Método IFI  
 Provisión 1º semestre 2024.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANCA FORMOL	120	Unidad	

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

**Observaciones:** Determinaciones de ANCA FORMOL. Método IF.  
 Provisión 1º semestre 2024.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANCA IF KIT COMPLETO	120	Unidad	

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

**Observaciones:** Determinaciones de ANCA ETANOL.  
 Provisión 1º semestre 2024.

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 **2024**

Pag. : 3 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000019**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015707/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2023-00002569

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Det. Manuales de Autoinmunidad\_2024

Valor 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.

Item N°1	INMUNOENSAYO LINEAL PARA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES HEPÁTICAS (LIA)	216	Unidad	
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--------	--

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

**Observaciones:** Se solicitan 216 determinaciones por método inmunoensayo lineal. Provisión 1º semestre 2024.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INMUNOENSAYO LINEAL LÍNEA GÁSTRICA	144	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 144 determinaciones de Autoanticuerpos contra Factor intrínseco, Transglutaminasa tisular, ASCA, Células Parietales y Gliadina. Provisión 1º semestre 2024

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MYOSITIS LIA	2	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 2 kits de reactivos de miositis por método LIA, por 24 det. cada uno. Provisión 1º semestre 2024.

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTIGANGLIÓSIDOS- GM1	1	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-000019**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015707/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2023-00002569

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Det. Manuales de Autoinmunidad\_2024

Valor 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:** 1 kit método LIA, marca G/A o marca que garantice la misma calidad técnica (se pedirá material de prueba): Condición excluyente.  
 Provisión primer semestre 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 8 a 16.

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