



**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 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000228**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-012467/2021

Emision 18/01/2022

P. P. : 2021-00001727

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 21 DE ENERO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Dir. de Administración y Operaciones**

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	Servicio de Dosimetria personal radiaciones ionizantes por método de film de placa fotográfica	2784	Unidad	

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

**Observaciones:** Servicio de Dosimetria personal, para el personal expuesto a radiaciones ionizantes,por el periodo de Enero - Diciembre de 2022..  
Sistema a utilizar film de placa fotográfica.  
La provisión de los dosímetros se realizará de forma mensual, la entrega y retiro de los mismos quedará a cargo del oferente.  
En caso de necesidad de reposición y/o recambio de hasta un 10 % de los dosímetros vigentes al mes en curso, el costo de los mismos quedará a cargo del oferente.  
El oferente entregará la cantidad correspondiente de porta dosímetros teniendo en cuenta el listado de personal a ser monitoreado  
El oferente deberá acreditar las habilitaciones correspondientes ante los organismos de control de la actividad(Autoridad Regulatoria Nuclear) y copia de aprobación del ejercicio de intercompracion entre laboratorios acreditados por la misma, en el cual conste metodo de lectura presentado en el mismo.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	Servicio de Dosimetria personal para radiaciones ionizantes por método de Chips de TLD's.	600	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 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000228**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-012467/2021

Emission 18/01/2022

P. P. : 2021-00001727

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 21 DE ENERO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Dir. de Administración y Operaciones**

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:** Servicio de Dosimetria personal, para el personal expuesto a radiaciones ionizantes, por periodo de Enero - Diciembre de 2022.

Sistema a utilizar chips TLD.

La provisión de los dosímetros se realizará de forma mensual, la entrega y retiro de los mismos quedará a cargo del oferente.

En caso de necesidad de reposición y/o recambio de hasta un 10 % de los dosímetros vigentes al mes en curso, el costo de los mismos quedará a cargo del oferente.

El oferente entregará la cantidad correspondiente de porta dosímetros teniendo en cuenta el listado de personal a ser monitoreado

El oferente deberá acreditar las habilitaciones correspondientes ante los organismos de control de la actividad(Autoridad Regulatoria Nuclear) y copia de aprobación del ejercicio de intercompracion entre laboratorios acreditados por la misma, en el cual conste metodo de lectura presentado en el mismo.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Seguridad e Higiene. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Seguridad e Higiene, 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.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello