



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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000039

2024

Número

Año

Expediente 2915-015756/2024

Emission 14/02/2024

P. P. : 2024-00000254

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 20 DE FEBRERO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Determinaciones manuales_Serología_2024x fracaso en LPRIV 98_239º **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	WIDAL, REACCIÓN DE.	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Se solicita 1 kit por 100 determinaciones (cantidad equivalente según presentación).
 Provisión primer semestre 2024.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	V.D.R.L (SUSPENSIÓN ANTIGÉNICA PARA DETERMINACIÓN DE VDRL)	20000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Provisión 1º semestre 2024.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HUDDLESON REACCIÓN DE (REACTIVO)	750	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: 750 determinaciones.
 Provisión 1º semestre 2024.

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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000039

2024

Número

Año

Expediente 2915-015756/2024

Emission 14/02/2024

P. P. : 2024-00000254

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 20 DE FEBRERO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Determinaciones manuales_Serología_2024x fracaso en LPRIV 98_239º **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.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TEST RÁPIDO PARA DETECCIÓN DE CHAGAS	8000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Método inmunocromatográfico.
 Provisión 1º semestre 2024.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TEST DE EMBARAZO (INDIVIDUAL)	100	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Test inmunocromatográfico.
 Provisión 1º semestre 2024.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIRAS PARA DETERMINACIONES SIMULTÁNEAS DE ANALITOS EN ORINA, 10 PARÁMETROS	1000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Tiras de orina para estudio físicoquímico.
 Provisión 1º semestre 2024.

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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000039

2024

Número

Año

Expediente 2915-015756/2024

Emission 14/02/2024

P. P. : 2024-00000254

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 20 DE FEBRERO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Determinaciones manuales_Serología_2024x fracaso en LPRIV 98_239º **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.

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 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