



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
 Contratación Directa

2024-Cont-000040

2024

Número

Año

Expediente 2915-015758/2024

Emisión 26/02/2024

P. P. : 2024-00000192

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE MARZO DEL 2024**

HORA 11:00

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

Detalle: generador, kit, liofilizados

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	GEN.MO99/ TC 99M DE 500 MCI	9	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GEN.MO99/ TC 99M DE 350 MCI	3	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SESTAMIBI 0,50 MG (MONODOSIS)	150	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HMDP (HIDROXIMETILDIFOSFONATO)	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MDP (METILEN DIFOSFONATO)	4	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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000040

2024

Número

Año

Expediente 2915-015758/2024

Emission 26/02/2024

P. P. : 2024-00000192

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE MARZO DEL 2024**

HORA 11:00

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: generador, kit, liofilizados

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:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DMSA (ACIDO DIMERCAPTOSUCCINICO)	5	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DTPA	5	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CIPROFLOXACINA (INFECTION)	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MACROAGREGADO DE ALBÚMINA (MAA)	3	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Kit x 5 unidades

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA 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-000040

2024

Número

Año

Expediente 2915-015758/2024

Emission 26/02/2024

P. P. : 2024-00000192

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE MARZO DEL 2024**

HORA 11:00

ASUNTO **Serv. Medicina Nuclear**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: generador, kit, liofilizados

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: Servicio de Medicina Nuclear. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicio de Medicina Nuclear, 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