



**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 05/02/2024

P. P. : 2024-00000192

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 09 DE FEBRERO DEL 2024**

**HORA 09:00**

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 05/02/2024

P. P. : 2024-00000192

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 09 DE FEBRERO DEL 2024**

**HORA 09:00**

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.

**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 05/02/2024

P. P. : 2024-00000192

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 09 DE FEBRERO DEL 2024**

**HORA 09:00**

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