



**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 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000050**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012627/2022

Emission 25/02/2022

P. P. : 2022-00000049

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 04 DE MARZO DEL 2022**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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 | TARJETAS EN GEL PARA IDENTIFICACIÓN ABO/D + INVERSA (A;B;DVI,CTL/A1),MICROTUBOS DE 6 POCILLOS | 90       | Caja         |              |

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

**Observaciones:**

| 2        | Renglón 2   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TARJETAS EN GEL PARA IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO ABO/RH DVI + (A,B;AB,DVI;CTL), MICROTUBOS DE 6 POCILLOS | 4        | Caja         |              |

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

**Observaciones:**

| 3        | Renglón 3   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TARJETAS EN GEL LISS-COOMBS PARA MICROTUBOS DE 6 POCILLOS | 70       | Caja         |              |

\_\_\_\_\_  
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 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000050**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012627/2022

Emission 25/02/2022

P. P. : 2022-00000049

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 04 DE MARZO DEL 2022**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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:**

| 4        | Renglón 4  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TARJETAS EN GEL PARA RH + SUBGRUPOS + KELL (C,C (CHICA),E,E (CHICA),K,CLT) PARA MICROTUBOS DE 6 POCILLOS | 10       | Caja         |              |

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

**Observaciones:**

| 5        | Renglón 5   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | PANEL DE HEMATÍES PARA IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO ABO (A1 + B) INVERSO SÉRICO | 50       | Caja         |              |

\_\_\_\_\_  
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. : 3 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000050**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012627/2022

Emission 25/02/2022

P. P. : 2022-00000049

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 04 DE MARZO DEL 2022**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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:**

| 6        | Renglón 6  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | PANEL DE HEMATÍES PARA IDENTIFICACIÓN ANTICUERPOS IRREGULARES( I+II) | 60       | Caja         |              |

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

**Observaciones:**

| 7        | Renglón 7  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | PANEL DE IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES PRESENTACION 11 TUBOS X 4ML | 12       | Caja         |              |

\_\_\_\_\_  
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. : 4 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000050**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012627/2022

Emission 25/02/2022

P. P. : 2022-00000049

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 04 DE MARZO DEL 2022**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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:** Presentación : 11 Tubos x 4ml

| 8        | Renglón 8  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SOLUCIÓN MODIFICADA DE LISS PARA HEMATÍES DE TEST EN GEL | 50       | Caja         |              |

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

**Observaciones:**

| 9        | Renglón 9   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | KIT ELUCIÓN (ACIDA DE ANTICUERPOS PARA TÉCNICA EN GEL) X 10 DETERMINACIONES | 8        | Caja         |              |

\_\_\_\_\_  
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. : 5 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000050**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012627/2022

Emission 25/02/2022

P. P. : 2022-00000049

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 04 DE MARZO DEL 2022**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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:**

| 10       | Renglón 10  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TARJETAS CON AMPLIO PERFIL CON SUERO DE COOMBS MONOESPECÍFICO 6 MICROTUBOS EN GEL (IGG,IGM,C3C,C3D) Y MICROTUBO CONTROL | 10       | Caja         |              |

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

**Observaciones:**

| 11       | Renglón 11   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | BROMELINA ENZIMA PARA EMPLEO EN TEST EN GEL SOLUCION X 500ML | 2        | Unidad       |              |

\_\_\_\_\_  
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 **2021**

Pag. : 6 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000050**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012627/2022

Emission 25/02/2022

P. P. : 2022-00000049

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 04 DE MARZO DEL 2022**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

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:**

| 12       | Renglón 12  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TARJETAS TEST SALINOS(CLNA), ENZIMATICOS Y CRIOAGLUTININAS DE 6 MICROTUBOS CON TEST GEL | 10       | Caja         |              |

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

**Observaciones:**

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Medicina Transfusional. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Medicina Transfusional, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 14 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