



**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 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000076**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015855/2024

Emission 11/03/2024

P. P. : 2024-00000497

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 15 DE MARZO DEL 2024**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Det. Manuales de Autoinmunidad\_2024\_R. DESIERTOS CD19del 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	INMUNOENSAYO LINEAL PARA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES HEPÁTICAS (LIA)	216	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 216 determinaciones por método inmunoensayo lineal. Provisión para seis meses, 2024.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INMUNOENSAYO LINEAL LÍNEA GÁSTRICA	144	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 144 determinaciones de Autoanticuerpos contra Factor intrínseco, Transglutaminasa tisular, ASCA, Células Parietales y Gliadina. Provisión para seis meses, 2024.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MYOSITIS LIA	2	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 2 kits de reactivos de miositis por método LIA, por 24 det. cada uno. Provisión para seis meses, 2024.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Contratacion Directa	
<b>2024-Cont-000076</b>	<b>2024</b>
Número	Año

Expediente 2915-015855/2024

Emission 11/03/2024

P. P. : 2024-00000497

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 15 DE MARZO DEL 2024**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Det. Manuales de Autoinmunidad\_2024\_R. DESIERTOS CD19del 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.

4	Reglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTIGANGLIÓSIDOS- GM1	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** 1 kit método LIA, marca G/A o marca que garantice la misma calidad técnica (se pedirá material de prueba): Condición excluyente.  
 Provisión para seis meses, 2024.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Area de Laboratorio. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Area de Laboratorio, Avenida Calchaqui 5401 de 8-16 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