



**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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 1 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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	ANTITROMBINA III CROMOGENICO	1000	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIEMPO DE TROMBINA.	2000	Unidad	

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

**Observaciones:** Especificaciones técnicas en adjunto  
Periodo enero a diciembre 2020

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FIBRINOGENO DE CLAUSS DETERMINACIÓN EN COAGULOMETRO	2500	Unidad	

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 2 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emission 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICOAGULANTE LÚPICO SCREENING	480	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicita incluir los controles positivos y negativos para Anticoagulante lúpico.  
Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICOAGULANTE LUPICO CONFIRMATORIO	480	Unidad	

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 3 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Se solicita incluir los controles positivos y negativos para Anticoagulante lúpico.  
Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HEPARINA CROMOGÉNICA	800	Unidad	

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

**Observaciones:** Heparina Líquida con calibrador y controles incluidos.  
Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR V.	2250	Unidad	

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 4 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR VII.	150	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR VIII.	800	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

\_\_\_\_\_

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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 5 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR II	300	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR IX.	300	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR X.	300	Unidad	

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 6 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROTEINA S LIBRE	200	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROTEINA C CROMOGÉNICO	420	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

\_\_\_\_\_

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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 7 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA	50	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SCT (SCT (SILICA CLOTTING TIME) CONFIRM	520	Unidad	

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

**Observaciones:** Test confirmatorio y screening. Con controles positivos y negativos  
Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGENO	100	Unidad	

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 8 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FACTOR XIII ANTÍGENO	100	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMINÓGENO, DOSAJE DE	60	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

\_\_\_\_\_

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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 9 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincial de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PDF (PRODUCTO DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO)	100	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FXII	100	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FXI	100	Unidad	

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 10 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HITAC FP4	50	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicitan 50 det con calibrador y controles incluidos.  
Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INHIBIDOR DE PLASMINÓGENO	60	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas

\_\_\_\_\_

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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 11 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

Periodo enero a diciembre 2020

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIMERO D	360	Unidad	

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

**Observaciones:** Metodo cuantitativo: Inmunoensayo en particulas de latex con calibradores y controles incluidos.

Adjunto especificaciones técnicas

Periodo enero a diciembre 2020

26	Renglón 26	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIEMPO DE PROTROMBINA, DETERMINACIÓN EN COAGULOMETRO (TROMBOPLASTINA RECOMBINANTE)	60000	Unidad	

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

**Observaciones:** Adjunto especificaciones técnicas

Periodo enero a diciembre 2020

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APTT DETERMINACIÓN EN COAGULÓMETRO	60000	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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 12 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** APTT sensible al déficit de factores.

Adjunto especificaciones técnicas

Periodo enero a diciembre 2020

28	Renglón 28	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APTT SENSIBLE A ANTICOAGULANTE LUPICO	1500	Unidad	

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

**Observaciones:** APTT sensible a Anticoagulante Lúpico.

Adjunto especificaciones técnicas

Periodo enero a diciembre 2020

29	Renglón 29	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOSAJE DE APIXABAN	110	Unidad	

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 13 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Se solicita reactivo con Controles y Calibradores incluidos para dosaje de APIXABAN.  
Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

30	Renglón 30	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COFACTOR DE RISTOCETINA	100	Unidad	

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

**Observaciones:** Heparina Líquida con calibrador y controles incluidos.  
Adjunto especificaciones técnicas  
Periodo enero a diciembre 2020

DETERMINACIONES DE HEMOSTASIA CON LA PROVISIÓN DE EQUIPAMIENTO AUTOMATIZADO.

Renglones 1al 30: Corresponden a determinaciones de hemostasia con la provisión de equipamiento (coagulómetro), en forma completamente automatizada, por metodología coagulométrica (turbidimetría), cromogénica (absorbancia) e inmunológica (inmunoturbidimétrica), con el equipamiento necesario para su realización; con material

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 14 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

descartable, reactivos, controles, calibradores, buffer, diluyentes, soluciones de lavado y todo insumo necesario para el procesamiento. Debe incluirse un calibrador de ISI y kit de validación de RIN, con cada cambio de lote de la tromboplastina. El equipamiento deberá contar con el software necesario para todas las operaciones de funcionamiento, control de resultados, control de calidad, archivo de resultados e impresora no térmica, con provisión de los insumos para la impresión de resultados de muestra de pacientes, controles y curvas de calibración.

El laboratorio posee un LIS (Sistema informático de laboratorio) y la empresa adjudicataria se hará cargo de la conexión al mismo, tanto en software como en materiales, debiendo expresar dicho compromiso por escrito en la oferta. La conexión al LIS deberá ser realizada en el momento de instalar el equipamiento correspondiente (excluyente). La presente licitación comprende el período Enero a Diciembre de 2020. Las entregas de los reactivos deberán ser realizadas según necesidades del servicio en el periodo arriba mencionado. El equipamiento con su correspondiente conexión al LIS debe ser de entrega en un lapso no mayor a quince (15) días. No se incluye material para la toma de muestra.

Se entregarán dos (2) coagulómetros totalmente automatizados de última generación, que realicen todas las determinaciones solicitadas en ambos equipos por igual. Se deberá especificar las cantidades de cada uno de los reactivos controles y calibradores a entregar en volumen y número de kits (condición excluyente para la adjudicación) Las cantidades de consumibles, controles y calibradores debe ser tal que garantice la realización de la totalidad las determinaciones solicitadas, teniendo en cuenta para ello, la necesidad de cumplimiento de la planificación del control interno de la calidad en ambos equipos y calibraciones.

Asimismo, la firma adjudicataria tendrá a su cargo el transporte, instalación, seguro y UPS para cada uno de los equipos. En caso de necesidad de asistencia técnica, lo realizará la empresa proveedora, debiendo cumplimentarse dentro de las 24 horas de solicitado, con repuestos incluidos y provisión de todo material necesario, que asegure el perfecto funcionamiento, sin cargo adicional para el Hospital, es decir a cargo de la firma proveedora. De no cumplir lo anteriormente solicitado en dicho plazo, la empresa efectuará la entrega de un equipo que determine los mismos parámetros, durante el tiempo que dure dicha reparación. Caso contrario se aplicara una multa diaria equivalente al doble del valor unitario de las determinaciones no realizadas.

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 15 / 15

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000057**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010029/2019

Emisión 28/11/2019

P. P. : 2019-00001044

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviñiade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

La firma proveedora deberá certificar las óptimas condiciones iniciales del equipo, ya sean nuevos, usados (con una antigüedad menor o igual a dos años de uso), asimismo aquellos que ya estén instalados y garantizar el correcto desempeño durante todo el periodo del contrato. La firma se compromete a elaborar un cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo, con la ficha correspondiente, que deberá ser cumplimentado por el servicio técnico de la empresa y controlado por el laboratorio receptor del equipamiento. Serán tenidos en cuenta los informes técnicos de los equipos para las nuevas preadjudicaciones.

La firma proveedora deberá realizar el entrenamiento del personal en el uso de equipamiento, de acuerdo a las necesidades del Servicio. El vencimiento de los reactivos deberá ser no menor de ocho (8) meses a partir de la fecha de entrega.

La firma proveedora deberá tener una antigüedad mínima de tres (3) años en el mercado argentino. Deberá ser representante oficial de los productos cotizados en el área.

La firma proveedora deberá entregar un listado de usuarios de hospitales públicos y además deberá instalar el equipamiento sin cargo a prueba 14 días como mínimo, si el Laboratorio del Hospital El Cruce así lo solicitase.

Los equipos y reactivos deben presentar aprobación del ANMAT (excluyente). Adjuntar copias de certificados.

La adjudicación se efectuará al menor precio global por empresa y que garantice el total de las determinaciones solicitadas.

Condiciones de Contratacion:

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

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

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