



**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 **2020**

Pag. : 1 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2021-Pub-000002**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011310/2020

Emission 03/02/2021

P. P. : 2020-00001620

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE FEBRERO DEL 2021**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Diag. y Trat. por Imágenes**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GADOLINEO 0.5 MMOL/ML FRASCO AMPOLLA X 15 ML	3500	Unidad	

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

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CONTRASTE IODADO NO IONICO 300 MG/ML ENVASE X 100 ML	1800	Unidad	

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

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	JERINGA C/TUBO DE CARGA P/TOMOGRAFO	1500	Unidad	

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

Impreso Por: daquilano



**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 **2020**

Pag. : 2 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2021-Pub-000002**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011310/2020

Emission 03/02/2021

P. P. : 2020-00001620

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE FEBRERO DEL 2021**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Diag. y Trat. por Imágenes**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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:** Jeringa con tubo de llenado tipo J y tubo de conexión

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IOVERSOL 320 MG/ML JERINGA X 125 ML	1000	Unidad	

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

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CONECTOR BILUMEN VALVULADO EN Y P/DXI	800	Unidad	

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

**Observaciones:** Conector en y con válvula de retención tipo Cód 844012

\_\_\_\_\_  
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 **2020**

Pag. : 3 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2021-Pub-000002**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011310/2020

Emission 03/02/2021

P. P. : 2020-00001620

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE FEBRERO DEL 2021**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Diag. y Trat. por Imágenes**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IOVERSOL 350 PRELLENADA X 125 ML	300	Unidad	

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

**Observaciones:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	JERINGA 60 ML C/CONECTOR PACK X 2 UNIDADES	1000	Unidad	

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

**Observaciones:** Jeringa 60ml con conector en Y para bomba inyectora de resonancia magnética, tipo Cód 801800

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMIDOTRIZOATO SODIO + MEGLUMINA 10/66 % ENVASE X 120 ML	1350	Unidad	

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

Impreso Por: daquilano



**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 **2020**

Pag. : 4 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2021-Pub-000002**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011310/2020

Emission 03/02/2021

P. P. : 2020-00001620

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE FEBRERO DEL 2021**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Diag. y Trat. por Imágenes**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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:**

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: SERVICIO DE FIAGMOSTICO POR IMAGENES. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de SERVICIO DE FIAGMOSTICO POR IMAGENES, 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

Impreso Por: daquilano