



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 **2023**

Pag. : 1 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2023-Pub-000008

2023

Número

Año

Expediente 2915-014287/2023

Emission 31/03/2023

P. P. : 2023-00000133

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 13 DE ABRIL DEL 2023**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Determinaciones de BM con equipamiento_INFECIONES VIRALESego **12.500,00**

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	TEST DE GENOTIPO Y SUBTIPO DE HCV	120	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto requisitos técnicos.
Provisión año 2023.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CMV PCR-RT CUANTITATIVO	4000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto requisitos técnicos.
Provisión año 2023.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HBV PCR-RT CUANTITATIVO	240	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto requisitos técnicos.
Provisión año 2023.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIV TIPO 1 PCR-RT CUANTITATIVO	240	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto requisitos técnicos.

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 **2023**

Pag. : 2 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2023-Pub-000008

2023

Número

Año

Expediente 2915-014287/2023

Emission 31/03/2023

P. P. : 2023-00000133

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 13 DE ABRIL DEL 2023**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Determinaciones de BM con equipamiento_INFECIONES VIRALESego **12.500,00**

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.

Provisión año 2023.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HCV PCR-RT CUANTITATIVO	360	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto requisitos técnicos.
 Provisión año 2023.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	EXTRACCIONES AUTOMÁTICAS DE ÁCIDOS NUCLEICOS	2000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto requisitos técnicos.
 Provisión año 2023.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COLUMNA DE EXTRACCIÓN DE ÁCIDOS NUCLEICOS	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Provisión año 2023.

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MASTER MIX UNIVERSAL	1000	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 **2023**

Pag. : 3 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Pública	
2023-Pub-000008	2023
Número	Año

Expediente 2915-014287/2023

Emission 31/03/2023

P. P. : 2023-00000133

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 13 DE ABRIL DEL 2023**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Determinaciones de BM con equipamiento_INFECIONES VIRALESego **12.500,00**

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: Master mix necesaria para 1000 reacciones. Que contenga Taq. Polimerasa, dNTPs, Mg++, buffer, necesarios para PCR RT.
 Provisión año 2023.

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HPV PCR-RT	240	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver adjunto requisitos técnicos.
 Provisión año 2023.

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RETROTRANSCRIPTASA	300	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita 300 determinaciones.
 Ver en adjunto requisitos técnicos.
 Provisión 2023

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 **2023**

Pag. : 4 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2023-Pub-000008

2023

Número

Año

Expediente 2915-014287/2023

Emission 31/03/2023

P. P. : 2023-00000133

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 13 DE ABRIL DEL 2023**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: Determinaciones de BM con equipamiento_INFECIONES VIRALES **12.500,00**

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.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: LABORATORIO. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de LABORATORIO, Avenida Calchaqui 5401 de 9 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