



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-000157

2024

Número

Año

Expediente 2915-016064/2024

Emission 09/05/2024

P. P. : 2024-00001112

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 14 DE MAYO DEL 2024**

HORA 13:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del 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	CALCIO CLORURO 10 % AMPOLLA	600	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Ampolla de vidrio transparente con rotulo de color amarillo x 5 ml

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROTAMINA 50 MG AMPOLLA	1200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMPICILINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	5000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFAZOLINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	4000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFTRIAXONA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	3000	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 **2024**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000157

2024

Número

Año

Expediente 2915-016064/2024

Emission 09/05/2024

P. P. : 2024-00001112

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 14 DE MAYO DEL 2024**

HORA 13:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: Medicamentos

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% Inmediato

Observaciones:

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 7 dias fecha presentacion de factura fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Farmacia. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 13.

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