



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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000033

2020

Número

Año

Expediente 2915-010348/2020

Emission 12/03/2020

P. P. : 2020-00000280

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 17 DE MARZO DEL 2020**

HORA 11:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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	FORMULA ENTERAL HIPERPROTEICA OLIGOMERICA X 500 ML	900	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Formula enteral liquida hiperproteica, oligomerica, hipercalorica. Envase x 500 ml

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MODULO CALORICO DE MALTODEXTRINA X 400 G	8	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MODULO PROTEICO X 250 G	120	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 **2020**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000033

2020

Número

Año

Expediente 2915-010348/2020

Emission 12/03/2020

P. P. : 2020-00000280

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 17 DE MARZO DEL 2020**

HORA 11:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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% A requerimiento

Observaciones: Modulo proteico de caseinato de calcio

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SUPLEMENTO NUTRICIONAL DE ALTA VALOR CALORICO X 125 ML	4000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Suplemento nutricional de alta valor calorico 2.4 kcal/ml. Envase x 125 ml

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias 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 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