



**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 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2023-Cont-000335**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-015565/2023

Emission 11/12/2023

P. P. : 2023-00002371

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 15 DE DICIEMBRE DEL 2023**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos Médicos

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	SET DE BOMBA P/ALIMENTACION ENTERAL	1300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Equipo para administración de soluciones parenterales con macrogotero, sin aguja  
 Constará de:  
 a)un punzón de material plástico con capuchón para adaptar al envase de solución parenteral  
 b)un toma de aire o venteo con filtro antibacteriano  
 c)una cámara de goteo cuentagotas de polipropileno/PVC, transparente y semirrígida calibrada para que 20 gotas sean equivalentes a 1ml de Solución Fisiológica  
 d)una tubuladura transparente y flexible de 150/180cm de longitud libre de PVC  
 e)un sistema regulador de goteo con rueda  
 f)en la tubuladura un acceso confeccionado con elastómero sintético libre de látex para la administración de medicamentos. De ser posible libre de utilización de agujas  
 g)un conector en el extremo distal, de PVC atóxico con ajuste tipo Luer lock con capuchón Compatible con bomba de infusión volumétrica MARCA: ARGUS, MODELO: ARGUS 707 perteneciente al hospital

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 08 a 13 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