



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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000041

2020

Número

Año

Expediente 2915-010385/2020

Emision 15/04/2020

P. P. : 2020-00000332

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 20 DE ABRIL 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	INTRODUCTOR 4 FR	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Introdutor pediátrico de 4 Fr para cuerda de 0.021 (NO kit radial).

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INTRODUCTOR 3 FR	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Introdutor pediátrico de 3 Fr para cuerda de 0.021 (NO kit radial).

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER MULTIPROPOSITO 5 FR X 70 CM	10	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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000041

2020

Número

Año

Expediente 2915-010385/2020

Emission 15/04/2020

P. P. : 2020-00000332

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 20 DE ABRIL 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% Inmediato

Observaciones:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER DIAGNOSTICO ANGIOGRAFICO 5 FR PIG TAIL X 110 CM	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER DIAGNOSTICO ANGIOGRAFICO 4 FR PIG TAIL X 70 CM	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
---	-----------	----------	--------------	--------------

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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000041

2020

Número

Año

Expediente 2915-010385/2020

Emission 15/04/2020

P. P. : 2020-00000332

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 20 DE ABRIL 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.

Item N°1	INTRODUCTOR 5 FR PEDIATRICO	10	Unidad	
----------	-----------------------------	----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Introdutor pediátrico de 5 Fr para cuerda de 0.021 (NO kit radial).

Condiciones de Contratacion:

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

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

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