



**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 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emision 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	ACENOCUMAROL 1 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACENOCUMAROL 4 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACETAZOLAMIDA 250 MG COMPRIMIDO	600	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

Confecionó

\_\_\_\_\_

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 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACICLOVIR 200 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACICLOVIR 800 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACIDO ACETILSALICILICO 500 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACIDO FOLICO 5 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 4 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	
----------	---	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALLOPURINOL 300 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALPRAZOLAM 0.5 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
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. : 5 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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.

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMIODARONA 200 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMLODIPINA 10 MG COMPRIMIDO	2500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMLODIPINA 5 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 6 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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.

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMOXICILINA 500 MG COMPRIMIDO	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMOXICILINA - CLAVULANICO 500/125 MG COMPRIMIDO	240	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMOXICILINA - CLAVULANICO 875/125 MG COMPRIMIDO	240	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. : 7 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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:**

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ATENOLOL 25 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ATORVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO	3000	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. : 8 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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:**

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AZATIOPRINA 50 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AZITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO	50	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BISOPROLOL 5 MG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

\_\_\_\_\_

Confecionó

\_\_\_\_\_

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 **2020**

Pag. : 9 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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:**

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CALCIO CARBONATO 1250 MG COMPRIMIDO	4000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CALCITRIOL 0.25 MCG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

26	Renglón 26	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 10 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emisión 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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 deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

Item N°1	CARVEDILOL 12.5 MG COMPRIMIDO	3000	Unidad	
----------	-------------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO	240	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

28	Renglón 28	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CILOSTAZOL 100 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

29	Renglón 29	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

Confecionó

\_\_\_\_\_

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. : 11 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	CIPROFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	
----------	----------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

30	Renglón 30	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLONAZEPAM 0.5 MG COMPRIMIDO	4000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

31	Renglón 31	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLOPIDOGREL 75 MG COMPRIMIDO	5000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

32	Renglón 32	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

Confecionó

\_\_\_\_\_

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. : 12 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	CLORPROMAZINA 25 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	
----------	--------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

33	Renglón 33	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COLCHICINA 1 MG COMPRIMIDO	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

34	Renglón 34	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPLEJO VITAMINICO B COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

35	Renglón 35	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

Confecionó

\_\_\_\_\_

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. : 13 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	DESOGESTREL 75 MCG COMPRIMIDO	500	Unidad	
----------	-------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

36	Renglón 36	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DICLOFENAC SÓDICO 75 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

37	Renglón 37	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIFENHIDRAMINA 50 MG COMPRIMIDOS	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
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. : 14 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emision 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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.

38	Renglón 38	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DILTIAZEM 60 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

39	Renglón 39	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ENALAPRIL 10 MG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

40	Renglón 40	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ENALAPRIL 2.5 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 15 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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.

41	Renglón 41	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ESPIRONOLACTONA 100 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

42	Renglón 42	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

43	Renglón 43	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FENITOINA 100 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 16 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emision 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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:**

44	Renglón 44	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FLUCONAZOL 100 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

45	Renglón 45	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FLUCONAZOL 200 MG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

46	Renglón 46	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	2000	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. : 17 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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:**

47	Renglón 47	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GABAPENTIN 100 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

48	Renglón 48	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GABAPENTIN 300 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

49	Renglón 49	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDRALAZINA 50 MG COMPRIMIDO	2000	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. : 18 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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:**

50	Renglón 50	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

51	Renglón 51	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

52	Renglón 52	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. : 19 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	HIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	
----------	---------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

53	Renglón 53	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IBUPROFENO 400 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

54	Renglón 54	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ISONIACIDA 300 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

55	Renglón 55	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

Confecionó

\_\_\_\_\_

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. : 20 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	ISOSORBIDE MONONITRATO 20 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	
----------	---	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

56	Renglón 56	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IVERMECTINA 6 MG COMPRIMIDO	18	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

57	Renglón 57	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KETOROLAC 20 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 21 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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.

58	Renglón 58	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEUCOVORINA 15 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

59	Renglón 59	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVODOPA + CARBIDOPA 250/25 MG COMPRIMIDO	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

60	Renglón 60	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVOMEPROMAZINA 25 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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 **2020**

Pag. : 22 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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:**

61	Renglón 61	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVOTIROXINA 100 MCG COMPRIMIDO	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

62	Renglón 62	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVOTIROXINA 50 MCG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

63	Renglón 63	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LOPERAMIDA 2 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

\_\_\_\_\_

Confecionó

\_\_\_\_\_

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. : 23 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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:**

64	Renglón 64	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

65	Renglón 65	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LORAZEPAM 1 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

66	Renglón 66	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LORAZEPAM 1 MG COMPRIMIDO SL	100	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. : 24 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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:**

67	Renglón 67	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LOSARTAN 50 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

68	Renglón 68	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MAGNESIO CITRATO 530 MG COMPRIMIDO	4000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

69	Renglón 69	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 25 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	MESALAZINA 500 MG COMPRIMIDO	800	Unidad	
----------	------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

70	Renglón 70	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METFORMINA 500 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

71	Renglón 71	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

72	Renglón 72	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 26 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	METILDOPA 500 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	
----------	-----------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

73	Renglón 73	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METILERGONOVINA 0.2 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

74	Renglón 74	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METILPREDNISONA 40 MG COMPRIMIDO	2500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

75	Renglón 75	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

Confecionó

\_\_\_\_\_

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. : 27 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	METILPREDNISONA 8 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	
----------	---------------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

76	Renglón 76	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METIMAZOL 20 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

77	Renglón 77	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METRONIDAZOL 500 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

78	Renglón 78	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 28 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emisión 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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 deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

Item N°1	NAPROXENO 500 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	
----------	-----------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

79	Renglón 79	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NIMODIPINA 60 MG COMPRIMIDO	3000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

80	Renglón 80	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	8000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

81	Renglón 81	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 29 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	15000	Unidad	
----------	-------------------------------	-------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

82	Renglón 82	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PIRAZINAMIDA 250 MG COMPRIMIDO	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

83	Renglón 83	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	POTASIO CLORURO 600 MG COMPRIMIDO	10000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
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 **2020**

Pag. : 30 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emision 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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.

84	Renglón 84	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

85	Renglón 85	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RANITIDINA 300 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

86	Renglón 86	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SILDENAFIL 50 MG COMPRIMIDO	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 31 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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.

87	Renglón 87	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

88	Renglón 88	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TERAZOCINA 5 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

89	Renglón 89	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIZANIDINA 2 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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 **2020**

Pag. : 32 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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.

90	Renglón 90	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TOPIRAMATO 100 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

91	Renglón 91	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDO	3000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

92	Renglón 92	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRIHEXIFENIDILO 5 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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. : 33 / 33

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000059**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010609/2020

Emission 12/06/2020

P. P. : 2020-00000680

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 19 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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.

93	Renglón 93	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRIMETOPRIMA + SULFAMETOXAZOL 160/800 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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