



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 **2022**

Pag. : 1 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2022-Cont-000062

2022

Número

Año

Expediente 2915-012765/2022

Emisión 10/03/2022

P. P. : 2022-00000298

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 15 DE MARZO DEL 2022**

HORA 10:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APOSITO DE CURACIÓN 10 X 20 CM PESO NO MENOR 20GR	200000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Vencimiento menor a 18 meses.
Presentar muestras.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA CON CONTROL RADIOPACO, MEDIDA FINAL 10CM X 10CM, A GRANEL	4000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Vencimiento menor a 18 meses.
Presentar muestras.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KG ROLLO POLIETILENO CRISTAL 70 MICRONES TUBO 15 CM DIAMETRO	50	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 **2022**

Pag. : 2 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2022-Cont-000062

2022

Número

Año

Expediente 2915-012765/2022

Emission 10/03/2022

P. P. : 2022-00000298

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 15 DE MARZO DEL 2022**

HORA 10:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

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	BOLSA DE POLIETILENO DE 50 MICRONES MEDIDAS: 80 CM X 90 CM DE LARGO	2000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BOLSA DE POLIETILENO DE 80 MICRONES CON FUELLE DE 90 X 250CM	1000	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 **2022**

Pag. : 3 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2022-Cont-000062

2022

Número

Año

Expediente 2915-012765/2022

Emision 10/03/2022

P. P. : 2022-00000298

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 15 DE MARZO DEL 2022**

HORA 10:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

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:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA MEDIDA FINAL 7,5X7,5 CM ENVASADA POR 2 UNIDADES EN SIMPLE POUCH	20000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Vencimiento menor a 18 meses.
Presentar muestras.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Esterilización. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Esterilización, Avenida Calchaqui 5401 de 08 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