



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 **2018**

Pag. : 1 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000018

2018

Número

Año

Expediente 2915-008347/2018

Emission 05/02/2018

P. P. : 2018-00000167

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE FEBRERO DEL 2018**

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	CASSETTE DE ASPIRACION/IRRIGACION PARA FACOVITRECTOTOMO	60	Unidad	

Plazo de Entrega: 50% Inmediato y 50% a 60 días

Observaciones:

Cassette para aspiración/irrigación modelo Twinvac, para Facovitrectótomo marca Oertli, modelo OS4

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FIBRA OPTICA FOCAL 23G	25	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Fibra óptica 23G de ángulo ancho para Facovitrectótomo marca Oertli OS4 perteneciente al hospital

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GANCHO DE IRIS	5	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 **2018**

Pag. : 2 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000018

2018

Número

Año

Expediente 2915-008347/2018

Emission 05/02/2018

P. P. : 2018-00000167

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE FEBRERO DEL 2018**

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:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LENTE INTRAOCULAR DE TRES PIEZAS CAMARA POSTERIOR 13/13.5 MM DIAMETRO	50	Unidad	

Plazo de Entrega: A requerimiento del Hospital, según lo consumido del Banco en consignación

Observaciones:

Lente Intraoculares de tres piezas cámara posterior 13/13,5mm de diámetro
Se deberá cubrir todas las dioptrías de -10 a +30 cada 0,5

La empresa ganadora deberá proveer de un banco en consignación que estará conformado de la siguiente manera: 15 lentes de las dioptrías de +18 a +24 cada 0,5 por frecuencia de uso.

Se irá reponiendo el banco en función de lo utilizado, facturando dichos insumos con los precios ofertados en la licitación

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PUNTA DE VITRECTOMIA 23G	20	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 **2018**

Pag. : 3 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000018

2018

Número

Año

Expediente 2915-008347/2018

Emission 05/02/2018

P. P. : 2018-00000167

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE FEBRERO DEL 2018**

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: 50% Inmediato y 50% a 60 días

Observaciones:

Punta de vitrectomía 23G para Facovitrectotomo marca Oertli OS4

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIJERA OFTALMOLOGIA	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Compatible con mango Sinergetic

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VALVULA DE AHMED P/GLAUCOMA	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PINZA OFTALMOLOGIA TANO ASIMETRICA 23G	1	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 **2018**

Pag. : 4 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000018

2018

Número

Año

Expediente 2915-008347/2018

Emission 05/02/2018

P. P. : 2018-00000167

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE FEBRERO DEL 2018**

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: Compatible con mango Sinergetic

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PINZA OFTALMOLOGIA PUNTA PIRAMIDAL 23G	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Compatible con mango Sinergetic

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