



**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 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emission 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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	AGUJA P/ASPIRACION MEDULA OSEA 15G X 7CM	15	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALGINATO DE CALCIO APOSITO 10 X 20 CM	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTIPARRA C/PROCESO ANTIEMPAÑANTE	80	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 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emisión 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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	APOSITO HIDROCOLOIDE GRUESO 20 X 20 CM	150	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Apósito de hidrocoloide grueso, de 20 x 20cm, tipo DuoDerm. Estéril

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APOSITO TRANSPARENTE POLIURETANO 5 X 25 CM	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Apósito transparente poliuretano 5 x 25 cm, tipo Coloplast. Estéril

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 **2018**

Pag. : 3 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emission 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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.

Item N°1	APOSITO TRANSPARENTE POLIURETANO FENESTRADO 8.5 X 11.5 CM	1500	Unidad	
----------	---	------	--------	--

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

**Observaciones:**

Apósito transparente de poliuretano fenestrado, con o sin marco de aplicación, de 8,5 x 11,5 cm. Estéril

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BOLSA RESERVORIO P/RESUCITADOR ADULTO	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Bolsa reservorio autoclavable compatible con resucitadores marca Ambu pertenecientes al hospital

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER PARA EMBOLECTOMIA 4 FR	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 **2018**

Pag. : 4 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emission 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER PARA EMBOLECTOMIA 5 FR	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER PARA EMBOLECTOMIA 6 FR	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CONECTOR RECTO DE 22 MM D EXT A 22 MM D INT	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 **2018**

Pag. : 5 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emission 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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:**

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ELECTRODO DE AGUJA MONOPOLAR PARA EEG X 3 UNIDADES	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HOJA PARA ESTERNOTOMO	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MASCARA FACIAL P/ RESUCITADOR			

\_\_\_\_\_

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. : 6 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emisión 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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 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.

ADULTO

20

Unidad

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Compatible con resucitador marca Ambú existente en el hospital

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MASCARA FACIAL P/ RESUCITADOR PEDIATRICO	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Compatible con resucitador marca Ambú existente en el hospital

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PINZA DE BIOPSIA MIOCARDICA	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

17	Renglón 17	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 **2018**

Pag. : 7 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emisión 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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.

Item N°1	ROLLO DE PAPEL PARA ESPIROMETRO 11 CM DE ANCHO	20	Unidad	
----------	---	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SET BIOPSIA HEPATICA 16G	70	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SIERRA DE GIGLI	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

20	Renglón 20	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 **2018**

Pag. : 8 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emission 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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.

Item N°1	SOLUCION PARA IRRIGACION DE HERIDAS	5	Unidad	
----------	-------------------------------------	---	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Solución para limpieza y deconataminación de heridas a base de biguanidas.

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SONDA P/GASTROSTOMIA PERCUTANEA CON BALON 14FR	3	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Sonda p/gastrostomía percutánea con balón 16Fr-5,3mm

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SUJETADORES DE EXTREMIDADES X PAR	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 **2018**

Pag. : 9 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emision 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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:** Sujetadores de extremidades x par

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TUBO ENDOTRAQUEAL PREFORMADO ORAL C/BALON N°3,5	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TUBO ENDOTRAQUEAL PREFORMADO ORAL C/BALON N°4	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

25	Renglón 25	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 **2018**

Pag. : 10 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emisión 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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 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	RESMA DE PAPEL PARA ELECTROCARDIOGRAFO 21 CM X 15 CM	200	Unidad	
----------	--	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Papel para electrocardiógrafo marca Biocare modelo IE12A tamaño 21 cm x 15 cm.  
Resmas x 140 hojas

26	Renglón 26	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AGUJA P/ASPIRACION MEDULA OSEA 15G X 10CM	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SET DE INFUSION DE FLUJO ESTANDAR	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 **2018**

Pag. : 11 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000008**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008300/2018

Emission 25/01/2018

P. P. : 2018-00000037

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 05 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:**

Set de infusión de flujo estándar para sistema de calentamiento de sangre y fluido marca Ranger perteneciente al hospital.

El mismo está compuesto por: orificio de inyección de la vía intravenosa, atrapa burbujas. Libre de látex. Estéril

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