



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 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000047

2018

Número

Año

Expediente 2915-008560/2018

Emission 19/04/2018

P. P. : 2018-00000370

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 02 DE MAYO 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 | ANTIPARRA C/PROCESO ANTIEMPAÑANTE | 80 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 2 | Renglón 2 | 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

| 3 | Renglón 3 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | BOLSA RESERVORIO P/RESUCITADOR ADULTO | 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. : 2 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000047

2018

Número

Año

Expediente 2915-008560/2018

Emisión 19/04/2018

P. P. : 2018-00000370

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 02 DE MAYO 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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Bolsa reservorio autoclavable compatible con resucitadores marca Ambu pertenecientes al hospital

| 4 | Renglón 4 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CONECTOR RECTO DE 22 MM D EXT A 22 MM D INT | 100 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 5 | Renglón 5 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | HOJA PARA ESTERNOTOMO | 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 **2018**

Pag. : 3 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000047

2018

Número

Año

Expediente 2915-008560/2018

Emisión 19/04/2018

P. P. : 2018-00000370

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 02 DE MAYO 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 | SET BIOPSIA HEPATICA 16G | 50 | Unidad | |
|----------|--------------------------|----|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 7 | Renglón 7 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SOLUCION PARA IRRIGACION DE HERIDAS | 5 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

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

| 8 | Renglón 8 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SONDA P/GASTROSTOMIA PERCUTANEA CON BALON 14FR | 2 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

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

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 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000047

2018

Número

Año

Expediente 2915-008560/2018

Emission 19/04/2018

P. P. : 2018-00000370

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 02 DE MAYO 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.

| 9 | Renglón 9 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SUJETADORES DE EXTREMIDADES X PAR | 50 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Sujetadores de extremidades x par

| 10 | Renglón 10 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | RESMA DE PAPEL PARA ELECTROCARDIOGRAFO 21 CM X 15 CM | 100 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

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

| 11 | Renglón 11 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AGUJA P/ASPIRACION MEDULA OSEA 15G X 10CM | 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. : 5 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000047

2018

Número

Año

Expediente 2915-008560/2018

Emission 19/04/2018

P. P. : 2018-00000370

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 02 DE MAYO 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 | SET DE INFUSION DE FLUJO ESTANDAR | 50 | Unidad | |

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

| 13 | Renglón 13 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MASCARA FACIAL P/ RESUCITADOR ADULTO | 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. : 6 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000047

2018

Número

Año

Expediente 2915-008560/2018

Emission 19/04/2018

P. P. : 2018-00000370

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 02 DE MAYO 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:

| 14 | Renglón 14 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MASCARA FACIAL P/ RESUCITADOR PEDIATRICO | 20 | 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