



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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-00008409/2018

Emisión 05/03/2018

P. P. : 2018-00000302

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE MARZO 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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEMENTO OSEO RADIOPACO	50	Unidad	

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

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLIP ANEURISMA ESTANDAR	40	Unidad	

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

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CONECTOR RECTO P/ HIDROCEFALIA	2	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 **2018**

Pag. : 2 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-00008409/2018

Emission 05/03/2018

P. P. : 2018-00000302

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE MARZO 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.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FUNDA P/MICROSCOPIO NEUROCIRUGIA	70	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Fundas para microscopio para ser utilizadas con el microscopio Pentero 900 perteneciente al hospital. Tipo Marca: Carl Zeiss. REF: 306026-0000-000.nte al hospital

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO/PERITONEAL ADULTO DE REGULACION EXTERNA	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Sistema de derivación ventrículo/peritoneal adulto con regulación externa

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO/PERITONEAL PEDIÁTRICO DE REGULACION EXTERNA	2	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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-00008409/2018

Emission 05/03/2018

P. P. : 2018-00000302

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE MARZO 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:

Sistema de derivación ventrículo/peritoneal pediátrico con regulación externa

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Servicio de Farmacia. Los remitos serán válidos sólo si están firmados por el área de Servicio 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