



**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**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000028**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-00008399/2018

Emission 05/03/2018

P. P. : 2018-00000265

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE MARZO DEL 2018**

**HORA 10:00**

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	CANULA ARTERIAL RECTA ADULTO 7/8" 24FR	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Cánula arterial punta recta, biselada, de pared delgada. Adulto de 7" de longitud 24 Fr, tipo DLP Medtronic código 70424. Estéril

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LIGADURA DE SILICONA S/AGUJA AMARILLO MAXI	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LIGADURA DE SILICONA S/AGUJA ROJO MINI	15	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 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000028**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-00008399/2018

Emission 05/03/2018

P. P. : 2018-00000265

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE MARZO DEL 2018**

**HORA 10:00**

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	PARCHE DE PTFE 2 CM X 9 CM X 0.4 MM	6	Unidad	

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

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PARCHE DE PTFE 5 CM X 7.5 CM X 0.6 MM	6	Unidad	

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

**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. : 3 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000028**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-00008399/2018

Emission 05/03/2018

P. P. : 2018-00000265

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE MARZO DEL 2018**

**HORA 10:00**

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.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Servicio de Farmacia. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicio de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 9 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