



**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 / 10

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000017**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008338/2018

Emision 30/01/2018

P. P. : 2018-00000075

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 11:00**

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 INTRAOSEA 15G X 15MM | 10       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Aguja intraósea 15G x 15mm

Con la compra de los renglones 1, 2 y 3 se solicita la entrega de un taladro monitorizado para su utilización en carácter de consignación

| 2        | Renglón 2                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AGUJA INTRAOSEA 15G X 25MM | 5        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Aguja intraósea 15G x 25mm

Con la compra de los renglones 1, 2 y 3 se solicita la entrega de un taladro monitorizado para su utilización en carácter de consignación

| 3        | Renglón 3                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AGUJA INTRAOSEA 15G X 45MM | 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 / 10

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000017**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008338/2018

Emission 30/01/2018

P. P. : 2018-00000075

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 11:00**

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:**

Aguja intraósea 15G x 45mm

Con la compra de los renglones 1, 2 y 3 se solicita la entrega de un taladro monitorizado para su utilización en carácter de consignación

| 4        | Renglón 4                                 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AGUJA P/NEUROESTIMULACION DE 20G X 150 MM | 20       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 5        | Renglón 5                                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AGUJA P/NEUROESTIMULACION DE 22G X 50 MM | 30       | 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 / 10

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000017**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008338/2018

Emission 30/01/2018

P. P. : 2018-00000075

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 11:00**

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:**

| 6        | Renglón 6                                      | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | BOTAS DE COMPRESION SECUENCIAL<br>TAMAÑO LARGE | 10       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 7        | Renglón 7                                       | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | BOTAS DE COMPRESION SECUENCIAL<br>TAMAÑO MEDIUM | 10       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 8 | Renglón 8 | 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. : 4 / 10

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000017**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008338/2018

Emission 30/01/2018

P. P. : 2018-00000075

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 11:00**

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 | BOTAS DE COMPRESION SECUENCIAL<br>TAMAÑO SMALL | 15 | Unidad |  |
|----------|--|----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 9        | Renglón 9  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CANULA SILICONADA P/DIALISIS<br>PERITONEAL 37CM 12FR | 12       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 10       | Renglón 10               | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CODO PARA MASCARA FACIAL | 6        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Codo azul para máscara facial con arnés, tipo Performax SE Código 1043210

\_\_\_\_\_  
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 / 10

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000017**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008338/2018

Emission 30/01/2018

P. P. : 2018-00000075

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 11:00**

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.

| 11       | Renglón 11                                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ELECTRODO ADULTO P/DESFIBRILADOR PHILLIPS | 10       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 12       | Renglón 12                                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | INTRODUCTOR SUB CLAVIA MODELO PEEL AWAY 8 FR | 5        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Introduccion sub clavia modelo peel away 8 Fr

| 13       | Renglón 13               | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MASCARA FACIAL CON ARNES | 12       | 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 / 10

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2018-Cont-000017**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008338/2018

Emission 30/01/2018

P. P. : 2018-00000075

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 11:00**

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:**

Máscara facial con arnés y codo, tipo Phillips Respironics modelo Performax SE.

\* 4 (cuatro) tamaño XS tipo Cód 1083149

\* 4 (cuatro) tamaño XXS tipo Cód 1083150

\* 2 (dos) tamaño L tipo Cod 1052548

\* 2 (dos) tamaño XL tipo Cód 1080423

| 14       | Renglón 14                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | PAPEL TERMICO PARA ECOGRAFIA | 10       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 15       | Renglón 15                         | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SENSOR ADULTO P/ OXIMETRO CEREBRAL | 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. : 7 / 10

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000017**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008338/2018

Emission 30/01/2018

P. P. : 2018-00000075

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 11:00**

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 sistemas INVOS

| 16       | Renglón 16                           | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SENSOR NEONATAL P/ OXIMETRO CEREBRAL | 10       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Compatible con sistemas INVOS

| 17       | Renglón 17                             | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SENSOR PEDIATRICO P/ OXIMETRO CEREBRAL | 10       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Compatible con sistemas INVOS

| 18 | Renglón 18 | 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 / 10

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2018-Cont-000017**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008338/2018

Emisión 30/01/2018

P. P. : 2018-00000075

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 11:00**

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 | VALVULA PACIENTE P/RESUCITADOR ADULTO | 29 | Unidad |  |
|----------|---------------------------------------|----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Compatibles con resucitador marca Ambu pertenecientes al hospital

| 19       | Renglón 19                                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | VALVULA PACIENTE P/RESUCITADOR PEDIATRICO | 5        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Compatibles con resucitador marca Ambu pertenecientes al hospital

| 20       | Renglón 20                          | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CATETER ARTERIAL DE POLIURETANO 22G | 30       | 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 / 10

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratación Directa

**2018-Cont-000017**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008338/2018

Emission 30/01/2018

P. P. : 2018-00000075

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 11:00**

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 para técnica de Seldinger de poliuretano 22G, longitud del catéter 8cm. Tipo Arrow SAC-0822

| 21       | Renglón 21                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ARNES PARA MASCARA FACIAL | 10       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Arnés para máscara facial tipo Phillips Respironics modelo Performax de los siguientes tamaños:

\* Código 1101909: 4

\* Código 1083152: 4

\* Código 1045314: 2

| 22       | Renglón 22                         | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MASCARA NASAL PEDIATRICA CON ARNES | 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. : 10 / 10

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000017**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008338/2018

Emission 30/01/2018

P. P. : 2018-00000075

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 08 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 11:00**

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:**

Máscara nasal pediátrica con almohadilla de gel y arnés. Tipo Respironics modelo PN831 Código 1072203

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