



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 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2018-Priv-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-009045/2018

Emission 21/09/2018

P. P. : 2018-00000941

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 28 DE SETIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

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	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA CON CONTROL RADIOPACO, MEDIDA FINAL 10CM X 10CM	3800	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita compresa con cuatro pliegues; Presentacion a Granel. Cons. mensual : 635 U . Presentar muestras.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA CON CONTROL RADIOPACO, MEDIDA FINAL 10CM X 20CM	5100	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita presentacion en doble pouch x 5 unidades; Consumo mensual 1283 paquetes x 5 U; Presentar muestras.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA CON CONTROL RADIOPACO, MEDIDA FINAL 45CM X 45CM	20000	Unidad	

Confecionó

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 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2018-Priv-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-009045/2018

Emission 21/09/2018

P. P. : 2018-00000941

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 28 DE SETIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

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% A requerimiento

Observaciones: Se solicita presentacion a granel; consumo mensual: 5000U; Presentar Muestras.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA CON HILO RADIOPACO Y CINTA DE SEGURIDAD	5600	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita compresas de gasa rectilinea prelavada, con cola y control RX, con cuatro capas; medida: 45cm x 45 cm. Presentacion a granel; consumo mensual: 1400U. Presentar muestras.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PIEZA DE GASA MALLA TUBULAR, HILADO 30/1 MEDIDAS: 80CM ANCHO X 40M DE LARGO , 2KG DE PESO	400	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 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2018-Priv-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-009045/2018

Emission 21/09/2018

P. P. : 2018-00000941

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 28 DE SETIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

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% A requerimiento

Observaciones: Presentar certificados de ensayo según F.A. PRESENTAR MUESTRAS.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APOSITO DE CURACIÓN 10 X 20 CM PESO NO MENOR 20GR	35000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: sE SOLICITA APOSITO DE GASA Y ALGODON no inferior a 15 grs; Presentacion a granel.
Consumo mensual: 16.800 U; Presentar muestras.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA TUBULAR PAÑO INICIAL 20 X 40 CM DOBLADO 10 X 10 CM PRESENTACION A GRANEL	150000	Unidad	

Confecionó

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 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2018-Priv-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-009045/2018

Emisión 21/09/2018

P. P. : 2018-00000941

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 28 DE SETIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

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% A requerimiento

Observaciones: Se solicita presentacion a granel; consumo /mes: 75.000 U; Presentar muestras.

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA COSIDA CON CINTA DE SEGURIDAD MEDIDA FINAL 45 X 45 CM	1900	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita compresa de gasa cosida, malla tubular; cuatro capas; medida finalpañó 45cm x 45 cm; Presentacion a granel; consumo/mes: 475 U . Presentar muestras.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Servicio de Esterilización. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicio de Esterilización, Avenida Calchaqui 5401 de 09:00 a 13:00 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.

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello