



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**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000037

2018

Número

Año

Expediente 2915-009110/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001075

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 09 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 10:00

Detalle:

Valor del Pliego **3.200,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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	AGUA OXIGENADA 10 V ENVASE X 1000 ML	600	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALCOHOL 70 ° ENVASE X 1000 ML	5000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALCOHOL 70 ° GEL X 250 ML C/DOSIFICADOR	4000	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**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000037

2018

Número

Año

Expediente 2915-009110/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001075

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 09 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 10:00

Detalle:

Valor del Pliego **3.200,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALCOHOL 70 ° SPRAY X 800 ML	2500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Repuesto de alcohol spray para dispenser de pared.

La empresa ganadora debera proveer los dispenser que fueran necesarios, en concepto de comodato

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLORHEXIDINA 2 % SPRAY X 120 ML	400	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

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**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 3 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000037

2018

Número

Año

Expediente 2915-009110/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001075

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 09 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 10:00

Detalle:

Valor del Pliego **3.200,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLORHEXIDINA 4 % JABON X 250 ML C/VALVULA DOSIFICADORA	6000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FORMOL 40% X 1L	30	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IDOPOVIDONA 10 % SOLUCION X 250 ML C/VALVULA DOSIFICADORA	2200	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**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 4 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000037

2018

Número

Año

Expediente 2915-009110/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001075

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 09 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 10:00

Detalle:

Valor del Pliego **3.200,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IDOPOVIDONA 5 % JABON X 250 ML C/VALVULA DOSIFICADORA	200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NITROFURAZONA 0.2 % SOLUCION	180	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VASELINA SOLIDA ENVASE X 1 KG	500	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**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 5 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000037

2018

Número

Año

Expediente 2915-009110/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001075

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 09 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 10:00

Detalle:

Valor del Pliego **3.200,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:

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 14hs.

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