



**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 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emisión 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACICLOVIR 500 MG FRASCO AMPOLLA	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMIKACINA 100 MG AMPOLLA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMIKACINA 500 MG AMPOLLA	1000	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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 2 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

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.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMPICILINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMPICILINA - SULBACTAM 1000/500 MG FRASCO AMPOLLA	5000	Unidad	

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

**Observaciones:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANFOTERICINA B 50 MG FRASCO AMPOLLA	10	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. : 3 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emisión 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviade de 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% Inmediato

**Observaciones:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFALOTINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFAZOLINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	5000	Unidad	

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

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFEPIME 2000 MG FRASCO AMPOLLA	2000	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. : 4 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emisión 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFTAZIDIMA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	2600	Unidad	

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

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFTRIAXONA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

12	Renglón 12	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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 5 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

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.

Item N°1	CIPROFLOXACINA 200 MG SACHET X 100 ML	2200	Unidad	
----------	---------------------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLARITROMICINA 500 MG FRASCO AMPOLLA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLINDAMICINA 600 MG AMPOLLA	2000	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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 6 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

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.

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COLISTINA 100 MG FRASCO AMPOLLA	6000	Unidad	

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

**Observaciones:**

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FLUCONAZOL 200 MG SACHET X 100 ML	1300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GANCICLOVIR 500 MG FRASCO AMPOLLA	300	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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 7 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

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.

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GENTAMICINA 80 MG AMPOLLA	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LINEZOLID 600 MG SACHET	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MEROPENEM 1000 MG FRASCO AMPOLLA	7000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 8 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

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.

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MEROPENEM 500 MG FRASCO AMPOLLA	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METRONIDAZOL 500 MG SACHET X 100 ML	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PIPERACILINA - TAZOBACTAM 4000/500 MG FRASCO AMPOLLA	7000	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. : 9 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emision 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

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:**

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RIFAMPICINA 600 MG FRASCO AMPOLLA	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIGECICLINA 50 MG AMPOLLA	1800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

26	Renglón 26	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRIMETOPRIMA + SULFAMETOXAZOL 80/400 MG AMPOLLA	2000	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. : 10 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emisión 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

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% Inmediato

**Observaciones:**

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VANCOMICINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	4000	Unidad	

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

**Observaciones:**

28	Renglón 28	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VANCOMICINA 500 MG FRASCO AMPOLLA	1000	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. : 11 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009102/2018

Emission 25/10/2018

P. P. : 2018-00001059

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

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **7.750,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviade 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.

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