



**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-000071**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009223/2018

Emission 27/11/2018

P. P. : 2018-00001230

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 11 DE DICIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

**HORA 08:00**

Detalle:

Valor del Pliego **6.400,00**

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA RECTILINEA MEDIDA FINAL 10 X 10CM. 16 PLIEGUES	480000	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicita presentacion a granel.  
Consumo mensual 75000 u.  
Presentar muestra.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA MEDIDA FINAL 7,5X7,5 CM ENVASADA POR 2 UNIDADES EN SIMPLE POUCH	6500	Unidad	

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

**Observaciones:** Consumo mensual 1500 paq.  
Presentar muestras.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APOSITO DE CURACIÓN 10 X 20 CM PESO NO MENOR 20GR	105000	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. : 2 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000071**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009223/2018

Emission 27/11/2018

P. P. : 2018-00001230

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 11 DE DICIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

**HORA 08:00**

Detalle:

Valor del Pliego **6.400,00**

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:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** se solicita aposito de algodón y gasa.

Consumo mensual 16800 u.

Presentar muestra.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA CON CONTROL RADIOPACO, MEDIDA FINAL 10CM X 10CM	6000	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicita presentacion a granel, 4 pliegues.

Consumo mensual 935 u.

Presentar muestras

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA CON CONTROL RADIOPACO, MEDIDA FINAL 10CM X 20CM	5300	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. : 3 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000071**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009223/2018

Emission 27/11/2018

P. P. : 2018-00001230

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 11 DE DICIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

**HORA 08:00**

Detalle:

Valor del Pliego **6.400,00**

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:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** se solicita presentacion x 5 unidades en doble pouch. Consumo mensual 1283 paq.  
.presentar muestras

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA CON CONTROL RADIOPACO, MEDIDA FINAL 30CM X 45CM	12000	Unidad	

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

**Observaciones:** se solicita presentacion por 5 unidades en doble pouch .  
consumo mensual 1800paq.  
Presentar muestra.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA CON CONTROL RADIOPACO, MEDIDA FINAL 45CM X 45CM	9000	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-000071**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009223/2018

Emission 27/11/2018

P. P. : 2018-00001230

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 11 DE DICIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

**HORA 08:00**

Detalle:

Valor del Pliego **6.400,00**

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:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Se solicita presentacion a granel.  
Consumo mensual 1400 u. x mes  
Presnetar muestra.

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA CON HILO RADIOPACO Y CINTA DE SEGURIDAD	11400	Unidad	

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

**Observaciones:** Se solicita compresa rectilinea pre-lavada, medida 45cm x 45cm con cola y control radiopaco.  
Presentacion a granel.  
Consumo mensual 1900 unidades.  
Presentar muestra.

9	Renglón 9	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	600	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. : 5 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000071**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009223/2018

Emisión 27/11/2018

P. P. : 2018-00001230

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 11 DE DICIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

**HORA 08:00**

Detalle:

Valor del Pliego **6.400,00**

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:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Presentar certificados de ensayo según F.A.  
Consumo mensual 400 piezas .

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Esterilizacion. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Esterilizacion, 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