



**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-000012**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-0008687/2018

Emission 17/05/2018

P. P. : 2018-00000552

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 28 DE MAYO DEL 2018**

**HORA 08:00**

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 | ALCOHOL 70 ° ENVASE X 1000 ML | 3000     | Unidad       |              |

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

**Observaciones:**

| 2        | Renglón 2                                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ALCOHOL 70 ° GEL X 250 ML<br>C/DOSIFICADOR | 3000     | Unidad       |              |

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

**Observaciones:**

| 3        | Renglón 3                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ALCOHOL 70 ° SPRAY X 800 ML | 1000     | Unidad       |              |

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

**Observaciones:** Repuesto de alcohol spray para dispenser de pared.

\_\_\_\_\_

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 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000012**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-0008687/2018

Emission 17/05/2018

P. P. : 2018-00000552

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 28 DE MAYO DEL 2018**

**HORA 08:00**

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.

El proveedor adjudicado debera entregar los dispensers necesarios en comodato

| 4        | Renglón 4                       | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CLORHEXIDINA 2 % SPRAY X 120 ML | 600      | Unidad       |              |

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

**Observaciones:**

| 5        | Renglón 5                                                 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CLORHEXIDINA 4 % JABON X 250 ML<br>C/VALVULA DOSIFICADORA | 3000     | Unidad       |              |

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

**Observaciones:**

| 6        | Renglón 6       | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | FORMOL 40% X 1L | 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 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000012**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-0008687/2018

Emission 17/05/2018

P. P. : 2018-00000552

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 28 DE MAYO DEL 2018**

**HORA 08:00**

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:**

| 7        | Renglón 7                                                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | IODOPOVIDONA 10 % SOLUCION X 250 ML C/VALVULA DOSIFICADORA | 500      | Unidad       |              |

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

**Observaciones:**

| 8        | Renglón 8                     | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | VASELINA SOLIDA ENVASE X 1 KG | 400      | 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**

Pag. : 4 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000012**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-0008687/2018

Emission 17/05/2018

P. P. : 2018-00000552

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 28 DE MAYO DEL 2018**

**HORA 08:00**

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.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Servicio de Farmacia. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicio de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 8:00 a 16:00 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.

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello