



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 Pública

2018-Pub-000008

2018

Número

Año

Expediente 2915-008348/2018

Emission 08/02/2018

P. P. : 2018-00000166

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 26 DE FEBRERO DEL 2018**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **4.800,00**

Detalle:

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	ADHESIVO TISULAR DE ENBUCRILATO AMPOLLAS X 0.5ML	6	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER GUIA DE DIAMETROS PROGRESIVOS	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CUERDA 0.007" X 210 CM HIDROFILICA	6	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. : 2 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000008

2018

Número

Año

Expediente 2915-008348/2018

Emisión 08/02/2018

P. P. : 2018-00000166

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 26 DE FEBRERO DEL 2018**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **4.800,00**

Detalle:

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincial 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 deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CUERDA 0.014" X 205 CM HIDROFILICA	20	Unidad	

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

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ESPIRAL DE PLATINO DE LIBERACION ELECTROLITICA	150	Unidad	

Plazo de Entrega: A requerimiento del Hospital, según lo consumido del Banco en consignación

Observaciones:

Espiral de platino-tungsteno electrolargable, unidos a una guía portadora de acero inoxidable, con liberación por sistema electrolítico.

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 Pública

2018-Pub-000008

2018

Número

Año

Expediente 2915-008348/2018

Emission 08/02/2018

P. P. : 2018-00000166

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 26 DE FEBRERO DEL 2018**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **4.800,00**

Detalle:

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincial 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.

Se solicita un banco de 20 unidades que deberá ser entregado al momento de recibir la orden de compra. Consta de las siguientes medidas:

- * Coil de 12mm, modelo 3D: 1 unidad
- * Coil de 10mm, modelo 3D: 1 unidad
- * Coil de 8mm, modelo 3D: 1 unidad
- * Coil de 8mm, modelo Helical: 1 unidad
- * Coil de 7mm, modelo 3D: 1 unidad
- * Coil de 7mm, modelo Helical: 1 unidad
- * Coil de 6mm, modelo 3D: 1 unidad
- * Coil de 6mm, modelo Helical: 1 unidad
- * Coil de 5mm, modelo 3D: 1 unidad
- * Coil de 5mm, modelo Helical: 1 unidad
- * Coil de 4mm, modelo 3D: 1 unidad
- * Coil de 4mm, modelo Helical: 1 unidad
- * Coil de 3mm, modelo 3D: 2 unidades
- * Coil de 3mm, modelo Helical: 2 unidades
- * Coil de 2mm, modelo Helical: 4 unidades

Se irá reponiendo el banco en función de lo utilizado, facturando los insumos con el precio ofertado en la licitación

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MICROCATETER DOBLE MARCA	15	Unidad	

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

Observaciones:

Condiciones de Contratacion:

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

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 Pública

2018-Pub-000008

2018

Número

Año

Expediente 2915-008348/2018

Emission 08/02/2018

P. P. : 2018-00000166

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 26 DE FEBRERO DEL 2018**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **4.800,00**

Detalle:

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.

Lugar de Entrega: SERVICIO DE FARMACIA. Los remitos serán válidos sólo si están firmados por el área de SERVICIO 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