



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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000054

2019

Número

Año

Expediente 2915-010137/2019

Emission 23/12/2019

P. P. : 2019-00001381

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 10 DE ENERO DEL 2020**

HORA 10:00

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 | COMPRESA QUIRURGICA 1.27 X 3.81 CM | 100 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 2 | Renglón 2 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | COMPRESA QUIRURGICA 1.27 X 7.62 CM | 100 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 3 | Renglón 3 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | COMPRESA QUIRURGICA 7.62 X 7.62 CM | 100 | 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 2019

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000054

2019

Número

Año

Expediente 2915-010137/2019

Emission 23/12/2019

P. P. : 2019-00001381

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 10 DE ENERO DEL 2020**

HORA 10:00

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.

| 4 | Renglón 4 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CONECTOR EN Y P/ HIDROCEFALIA | 1 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 5 | Renglón 5 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | DRENAJE LUMBAR AL EXTERIOR C/BOLSA 700 ML | 30 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Drenaje lumbar al exterior c/bolsa 700ml. La bolsa de drenaje, en su parte inferior debe contar con un tubo con pinza y un puerto de inyección/toma de muestra con autocierre

| 6 | Renglón 6 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | DRENAJE VENTRICULAR AL EXTERIOR C/BOLSA 700 ML | 40 | Unidad | |

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 3 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000054

2019

Número

Año

Expediente 2915-010137/2019

Emision 23/12/2019

P. P. : 2019-00001381

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 10 DE ENERO DEL 2020**

HORA 10:00

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% A requerimiento

Observaciones: Drenaje ventricular al exterior c/bolsa 700ml. La bolsa de drenaje, en su parte inferior debe contar con un tubo con pinza y un puerto de inyección/toma de muestra con autocierre

| 7 | Renglón 7 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ELECTROBISTURI COLORADO 10 CM C/ ANGULO 45° | 1 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Electrobisturí colorado 10cm con ángulo de 45°, tipo Stryker Cód. E1174

| 8 | Renglón 8 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ELECTROBISTURI COLORADO 3 CM RECTO | 2 | 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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 4 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000054

2019

Número

Año

Expediente 2915-010137/2019

Emisión 23/12/2019

P. P. : 2019-00001381

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 10 DE ENERO DEL 2020**

HORA 10:00

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.

| 9 | Renglón 9 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SISTEMA DE DERIVACION VENTRICULO/PERITONEAL DE PRESION MEDIA PEDIATRICO | 6 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 10 | Renglón 10 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SISTEMA MONITOREO PIC INTRAPARENQUIMATOSO | 20 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema para la monitorización de la presión intracraneal (PIC):

El proveedor que gane deberá entregar, 5 monitores con las siguientes características.

- * Deberá ser un equipo compacto y portátil.
- * Deberá permitir la determinación y monitorización de la presión intracraneal, por conexión de cateter.
- * Deberá permitir la utilización de catéteres intraparenquimatoso e intraventriculares.
- * Deberá permitir la visualización de la presión media en valor numérico y de gráfico vs. tiempo.

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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 5 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000054

2019

Número

Año

Expediente 2915-010137/2019

Emission 23/12/2019

P. P. : 2019-00001381

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 10 DE ENERO DEL 2020**

HORA 10:00

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.

* Deberá poseer alarma visual y sonora de PIC máxima.

* Deberá permitir la posibilidad de transmitir información con el monitor de cabecera.

* Deberá poseer batería recargable para el uso del equipo durante el transporte del paciente.

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