



**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 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000024**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008961/2018

Emission 28/08/2018

P. P. : 2018-00000798

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 05 DE SETIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

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	300	Unidad	

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BUFLOMEDILO 50 MG AMPOLLA	30	Unidad	

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BUPIVACAINA HIPERBARICA 0.5 % AMPOLLA	150	Unidad	

**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. : 2 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000024**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008961/2018

Emission 28/08/2018

P. P. : 2018-00000798

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 05 DE SEPTIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

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	CALCIO GLUCONATO 10 % AMPOLLA	900	Unidad	

**Observaciones:** Ampolla de vidrio transparente con rotulo de color amarillo x 5 ml

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFTAZIDIMA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	900	Unidad	

**Observaciones:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIFENHIDRAMINA 0.1 % AMPOLLA	1300	Unidad	

**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. : 3 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000024**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008961/2018

Emisión 28/08/2018

P. P. : 2018-00000798

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 05 DE SETIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

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.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FENILEFRINA 10 MG AMPOLLA	50	Unidad	

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FOSFOMICINA 1 G FRASCO AMPOLLA	2000	Unidad	

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LABETALOL 20 MG AMPOLLA	2000	Unidad	

**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 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000024**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008961/2018

Emisión 28/08/2018

P. P. : 2018-00000798

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 05 DE SETIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

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.

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METRONIDAZOL 500 MG SACHET X 100 ML	200	Unidad	

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	REMIFENTANILO (E I) 5 MG FRASCO AMPOLLA	500	Unidad	

**Observaciones:**

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SET ADHESIVO DE FIBRINA ENVASE X 3 ML	50	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**

Pag. : 5 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000024**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008961/2018

Emission 28/08/2018

P. P. : 2018-00000798

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 05 DE SEPTIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

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.

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIGECICLINA 50 MG AMPOLLA	800	Unidad	

**Observaciones:**

**Condiciones de Contratacion:**

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

Lugar de Entrega: Farmacia. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 09:00 a 13:00 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.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

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

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