



**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 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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	ACICLOVIR 5 % CREMA	15	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACIDO FOLICO 0.5 % GOTAS	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BETAMETASONA 0.1 % CREMA	30	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 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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	BUDESONIDE 0.1 % SOLUCION P/NEB	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BUDESONIDE 200 MCG AEROSOL	400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CIPROFLOXACINA + DEXAMETASONA 0.3/0.1 % GOTAS OFTALMICAS	20	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 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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	CLARITROMICINA 125 MG SUSPENSION	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Polvo para suspensión oral NO granulado.

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLONAZEPAM 0.2 % GOTAS	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COLAGENASA + CLORANFENICOL 60 UI			

\_\_\_\_\_

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 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

% UNGUENTO

40

Unidad

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Envase x 30 gr

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIFENHIDRAMINA 2.5 MG/ML SOLUCION	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOMPERIDONA 1 % GOTAS	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	ERITROMICINA 0.5 % UNGUENTO OFTALMICO	800	Unidad	
----------	---------------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FENILEFRINA + TROPICAMIDA 5/0.5 % GOTAS OFTALMICAS	150	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FOSFATO MONOSODICO/DISODICO 48/18 % SOLUCION	40	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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 6 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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:**

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HALOPERIDOL 2 % GOTAS	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROCORTISONA + ASOCIADOS 0.25 % POMADA	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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. : 7 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	HIDROXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO SUSPENSION	40	Unidad	
----------	---	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROXIDO DE BISMUTO + PECTINA 3 % SUSPENSION	80	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDRÓXIDO DE MAGNESIO SUSPENSION X 240 ML	2	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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 8 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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:**

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IBUPROFENO 2 % JARABE	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IPRATROPIO 0.025 % SOLUCION P/NEB	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IPRATROPIO 0.02 MG AEROSOL	300	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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 9 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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:**

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LACTULOSA 65 % SUSPENSION	400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LAGRIMAS ARTIFICIALES GOTAS OFTALMICAS	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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. : 10 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emision 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	LIDOCAINA 2 % JALEA	2500	Unidad	
----------	---------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

26	Renglón 26	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LIDOCAINA 2 % VISCOSA	50	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MEBENDAZOL 2 % SUSPENSION	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

28	Renglón 28	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 11 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	METILPREDNISOLONA 4 MG/ML GOTAS	90	Unidad	
----------	---------------------------------	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

29	Renglón 29	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METOCLOPRAMIDA 0.5 % GOTAS	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

30	Renglón 30	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MICONAZOL 2 % CREMA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

31	Renglón 31	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 12 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	MUPIROCINA 2 % CREMA	50	Unidad	
----------	----------------------	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Envase x 15 gr

32	Renglón 32	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NISTATINA 100000 UI OVULO	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

33	Renglón 33	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NITRATO DE PLATA BARRA	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

34	Renglón 34	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 13 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	NITROFURANTOINA 5 MG SUSPENSION	30	Unidad	
----------	---------------------------------	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

35	Renglón 35	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	OXIDO DE ZINC + ASOC. CREMA X 50 G	240	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

36	Renglón 36	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PERMETRINA 2.5 % EMULSION	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

37	Renglón 37	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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. : 14 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	POLIESTIREN SULFONATO DE CALCIO 5 G SOBRE	300	Unidad	
----------	---	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

38	Renglón 38	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RIFAMPICINA 2 % JARABE	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

39	Renglón 39	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SALBUTAMOL 0.5 % SOLUCION P/NEB	250	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 15 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

40	Renglón 40	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TOBRAMICINA 0.3 % GOTAS OFTALMICAS	40	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

41	Renglón 41	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA 0.3/0.1 % GOTAS OFTALMICAS	15	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

42	Renglón 42	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRIMETOPRIMA + SULFAMETOXAZOL 40/200 MG SUSPENSION	20	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. : 16 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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:**

43	Renglón 43	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VITAMINA A-D-C GOTAS X 20 ML	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

44	Renglón 44	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VITAMINA D2 1000000 UI % GOTAS	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

45	Renglón 45	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACENOCUMAROL 4 MG COMPRIMIDO	500	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. : 17 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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:**

46	Renglón 46	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACETAZOLAMIDA 250 MG COMPRIMIDO	400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

47	Renglón 47	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACICLOVIR 200 MG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

48	Renglón 48	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALLOPURINOL 300 MG COMPRIMIDO	500	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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 18 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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:**

49	Renglón 49	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMLODIPINA 5 MG COMPRIMIDO	600	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

50	Renglón 50	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ATENOLOL 25 MG COMPRIMIDO	600	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

51	Renglón 51	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CALCIO CARBONATO 1250 MG			

\_\_\_\_\_

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. : 19 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

COMPRIMIDO

6000

Unidad

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

52	Renglón 52	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CALCITRIOL 0.25 MCG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

53	Renglón 53	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLORPROMAZINA 25 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

54	Renglón 54	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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. : 20 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	COMPLEJO VITAMINICO B COMPRIMIDO	500	Unidad	
----------	----------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

55	Renglón 55	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DAPSONA 100 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

56	Renglón 56	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIAZEPAM 5 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

57	Renglón 57	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 21 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emision 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	DIFENHIDRAMINA 50 MG COMPRIMIDOS	500	Unidad	
----------	----------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

58	Renglón 58	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIGOXINA 0.25 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

59	Renglón 59	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOMPERIDONA 10 MG COMPRIMIDO	400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

60	Renglón 60	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 22 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	DOXICICLINA 100 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	
----------	-------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

61	Renglón 61	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FENOFIBRATO 200 MG CAPSULA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

62	Renglón 62	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FLUCONAZOL 100 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

63	Renglón 63	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 23 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	FLUCONAZOL 200 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	
----------	------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

64	Renglón 64	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROCORTISONA 10 MG COMPRIMIDO	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

65	Renglón 65	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ISONIACIDA 300 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

66	Renglón 66	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 24 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	ISOSORBIDE DINITRATO 5 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	
----------	---	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

67	Renglón 67	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ISOSORBIDE MONONITRATO 20 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

68	Renglón 68	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IVERMECTINA 6 MG COMPRIMIDO	24	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
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. : 25 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emision 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

69	Renglón 69	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVODOPA + CARBIDOPA 250/25 MG COMPRIMIDO	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

70	Renglón 70	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVOFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

71	Renglón 71	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LOPERAMIDA 2 MG COMPRIMIDO	300	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. : 26 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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:**

72	Renglón 72	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LORAZEPAM 1 MG COMPRIMIDO SL	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

73	Renglón 73	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METFORMINA 500 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

74	Renglón 74	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METILPREDNISONA 40 MG COMPRIMIDO	1000	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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 27 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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:**

75	Renglón 75	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METRONIDAZOL 500 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

76	Renglón 76	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NEOMICINA 250 MG COMPRIMIDO	80	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

77	Renglón 77	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NIMODIPINA 60 MG COMPRIMIDO	1200	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. : 28 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emision 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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:**

78	Renglón 78	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RIFAMPICINA 300 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

79	Renglón 79	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SACCHAROMYCES BOULARDII 250 MG CAPSULA	24	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** SACCHAROMYCES BOULARDII 250 MG CAPSULA

80	Renglón 80	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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. : 29 / 32

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Privada	
<b>2019-Priv-000045</b>	<b>2019</b>
Número	Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	SERTRALINA 50 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	
----------	-----------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

81	Renglón 81	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SILDENAFIL 50 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

82	Renglón 82	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SULFASALAZINA 500 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

83	Renglón 83	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 30 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

Item N°1	TIZANIDINA 2 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	
----------	----------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

84	Renglón 84	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRIMETOPRIMA + SULFAMETOXAZOL 80/400 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

85	Renglón 85	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALCOHOL 70 ° SPRAY X 800 ML	900	Unidad	

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

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

La empresa ganadora deberá proveer los dispenser que fueran necesarios, en concepto de

\_\_\_\_\_  
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. : 31 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emisión 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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.

comodato.

86	Renglón 86	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLORHEXIDINA 2 % SPRAY X 120 ML	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

87	Renglón 87	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FORMOL 40% X 1L	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

88	Renglón 88	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VASELINA SOLIDA ENVASE X 1 KG	300	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. : 32 / 32

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000045**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-010081/2019

Emission 10/12/2019

P. P. : 2019-00001264

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE DICIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

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:**

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