



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 Pública

2019-Pub-000004

2019

Número

Año

Expediente 2915-009429/2019

Emission 25/02/2019

P. P. : 2019-00000018

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 13 DE MARZO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

Detalle:

Valor del Pliego **3.000,00**

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APOSITO DE CURACIÓN 10 X 20 CM PESO NO MENOR 20GR	52500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita aposito de algodón y gasa.
Consumo mensual 16800u.
Presentar muestra.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA CON CONTROL RADIOPACO, MEDIDA FINAL 30CM X 45CM	6000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita presentación por 5 unidades en doble pouch.
Consumo mensual 1800 paquetes
Presentar muestra.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KG DE PAPEL CREPADO CON POROSIDAD CONTROLADA DENSIDAD 60GR/M2 HOJA DE 80 CM X 120 CM.	500	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 2019

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN
Licitación Pública
2019-Pub-000004 **2019**
Número Año

Expediente 2915-009429/2019

Emisión 25/02/2019

P. P. : 2019-00000018

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 13 DE MARZO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

Detalle:

Valor del Pliego **3.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincia 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% A requerimiento

Observaciones: Consumo mensual 160 kg.
Presentar muestra.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INDICADOR BIOLÓGICO APTO PARA PLASMA DE PEROXIDO DE HIDROGENO	650	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Consumo mensual 105 unidades.
Presentar muestras.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ROLLO DE CINTA AUTOADHESIVA CON INDICADOR QUÍMICO PARA PLASMA DE PEROXIDO DE HIDROGENO.	6	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Consumo mensual 1 rollo. Presentar muestra

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. : 3 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000004

2019

Número

Año

Expediente 2915-009429/2019

Emisión 25/02/2019

P. P. : 2019-00000018

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 13 DE MARZO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

Detalle:

Valor del Pliego **3.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia 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.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BOLSA DE POLIETILENO DE 80 MICRONES CON FUELLE DE 90 X 250CM	900	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Consumo mensual 132 u. Presentar muestras. Se solicita polietileno color cristal.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LÁMINA DE POLIETILENO VIRGEN DE 70 MICRONES DE 100 CM POR 120CM	3000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Consumo mensual 600 laminas. Presentar muestra. Polietileno color cristal.

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ETIQUETAS CON RIBBON PARA IMPRESIÓN. APTAS PARA ESTERILIZACIÓN	68000	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 4 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000004

2019

Número

Año

Expediente 2915-009429/2019

Emission 25/02/2019

P. P. : 2019-00000018

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 13 DE MARZO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

Detalle:

Valor del Pliego **3.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade 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.

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita etiqueta medida 6cm x 4.5cm.

Apta para todo tipo de proceso de esterilizacion, incluso Plasma de peroxido de hidrogeno.

Tinta resistente a los procesos: que no manche ni se borre.

Presntar muestra.

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PAPEL PARA IMPRESORA .EQUIPOS ESTERILIZADORES	18	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita resma de papel plegado medida de hoja 11,3cm ancho x 4cm largo.

Apta registrador de temperatura y presion, para equipo esterilizador a baja temperatura con formaldeido al 2%. Marca Matachana, modelo 130 LF.

Consumo mensual 3 resmas.

Presentar muestra

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KG ROLLO POLIETILENO 70 MICRONES TUBO 15 CM DIAMETRO	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 5 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000004

2019

Número

Año

Expediente 2915-009429/2019

Emission 25/02/2019

P. P. : 2019-00000018

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 13 DE MARZO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

Detalle:

Valor del Pliego **3.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia 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% A requerimiento

Observaciones: Se solicita tubo de polietileno cristal de 70 micrones : medidas 15 cm de diametro.
consumo/mes: 10kg.
Presentar muestra

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KG ROLLO POLIETILENO 30 MICRONES TUBO 7,5 CM DIAMETRO	18	Kilogramos	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita polietileno color cristal.
Consumo mensual 3 kg.
Presentar muestra.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Esterilizacion. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Esterilizacion, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 16 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