



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 **2020**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000070

2019

Número

Año

Expediente 2915-010136/2019

Emission 02/01/2020

P. P. : 2019-00001427

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 14 DE ENERO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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	AGUA DESTILADA SACHET X 500 ML	20000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 25 % SACHET X 500 ML	400	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 100 ML	10000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

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 **2020**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000070

2019

Número

Año

Expediente 2915-010136/2019

Emission 02/01/2020

P. P. : 2019-00001427

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 14 DE ENERO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 250 ML	15000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 500 ML	12000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MANITOL 15 % SACHET X 500 ML	800	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

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 **2020**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 3 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000070

2019

Número

Año

Expediente 2915-010136/2019

Emission 02/01/2020

P. P. : 2019-00001427

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 14 DE ENERO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION CARDIOPLEJICA MAGISTRAL PEDIATRICA X 250 ML	20	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Solución para Cardioplejía de Boston "Del Nido" de preparación extemporánea

Potasio (como cloruro): 2,6 mEq;

Manitol: 0,33 g;

Bicarbonato (sal sódica): 1,3 mEq;

Lidocaína clorhidrato: 0,013 g

Sulfato de magnesio: 0,165 g

pH= 7-7,5

Osmolaridad = 384 mOsm/l

Na = 144,80 mEq/l

K = 29,43 mEq/l

Vol: 105,68 ml

Vencimiento: 15 días

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION CARDIOPLEJICA P/INDUCCION C/POTASIO X 830 ML	100	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 **2020**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 4 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000070

2019

Número

Año

Expediente 2915-010136/2019

Emission 02/01/2020

P. P. : 2019-00001427

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 14 DE ENERO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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: Con 60 mEq de potasio

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 1000 ML	3000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 250 ML	50000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

11	Renglón 11	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 **2020**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 5 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000070

2019

Número

Año

Expediente 2915-010136/2019

Emission 02/01/2020

P. P. : 2019-00001427

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 14 DE ENERO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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.

Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 100 ML	60000	Unidad	
----------	--	-------	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 500 ML	90000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 días 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