



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 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000019

2019

Número

Año

Expediente 2915-009495/2019

Emisión 15/03/2019

P. P. : 2019-00000156

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 03 DE ABRIL DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **19.600,00**

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	BASILIXIMAB 20 MG FRASCO AMPOLLA	60	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BUSULFANO 60 MG AMPOLLA	80	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CARMUSTINA 100 MG FRASCO AMPOLLA	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

4	Renglón 4	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. : 2 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000019

2019

Número

Año

Expediente 2915-009495/2019

Emission 15/03/2019

P. P. : 2019-00000156

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 03 DE ABRIL DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **19.600,00**

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.

Item N°1	CICLOFOSFAMIDA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	200	Unidad	
----------	--	-----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CICLOSPORINA 250 MG AMPOLLA	80	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOXORRUBICINA 50 MG FRASCO AMPOLLA	50	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
---	-----------	----------	--------------	--------------

Confeccionó

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 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000019

2019

Número

Año

Expediente 2915-009495/2019

Emision 15/03/2019

P. P. : 2019-00000156

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 03 DE ABRIL DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **19.600,00**

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	ETOPOSIDO 100 MG AMPOLLA	1000	Unidad	
----------	--------------------------	------	--------	--

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FLUDARABINA 50 MG AMPOLLA	30	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INMUNOGLOBULINA ANTITIMOCITICA 25 MG FRASCO AMPOLLA	300	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

10	Renglón 10	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. : 4 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000019

2019

Número

Año

Expediente 2915-009495/2019

Emisión 15/03/2019

P. P. : 2019-00000156

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 03 DE ABRIL DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **19.600,00**

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.

Item N°1	MELFALAN 50 MG FRASCO AMPOLLA	120	Unidad	
----------	-------------------------------	-----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MESNA 200 MG AMPOLLA	1500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METOTREXATO 50 MG FRASCO AMPOLLA	20	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

13	Renglón 13	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 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000019

2019

Número

Año

Expediente 2915-009495/2019

Emission 15/03/2019

P. P. : 2019-00000156

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 03 DE ABRIL DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **19.600,00**

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.

Item N°1	MITOMICINA 20 MG FRASCO AMPOLLA	5	Unidad	
----------	---------------------------------	---	--------	--

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MITOXANTRONA 20 MG FRASCO AMPOLLA	50	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLERIXAFOR 20 MG/ML FRASCO AMPOLLA	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

16	Renglón 16	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. : 6 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000019

2019

Número

Año

Expediente 2915-009495/2019

Emision 15/03/2019

P. P. : 2019-00000156

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 03 DE ABRIL DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **19.600,00**

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	TACROLIMUS 5 MG/ML AMPOLLA X 1 ML	80	Unidad	
----------	-----------------------------------	----	--------	--

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