



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**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000073

2018

Número

Año

Expediente 2915-009229/2018

Emisión 19/12/2018

P. P. : 2018-00001238

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 03 DE ENERO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **27.400,00**

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 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 | AMIDOTRIZOATO DE SODIO 50 % ENVASE X 50 ML | 400 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

| 2 | Renglón 2 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AMIDOTRIZOATO SODIO + MEGLUMINA 10/66 % ENVASE X 120 ML | 1000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Tipo Triyoson GI

| 3 | Renglón 3 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AMIDOTRIZOATO SODIO + MEGLUMINA 30 % ENVASE X 250 ML | 400 | 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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000073

2018

Número

Año

Expediente 2915-009229/2018

Emission 19/12/2018

P. P. : 2018-00001238

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 03 DE ENERO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **27.400,00**

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: Tipo Plenigraf

| 4 | Renglón 4 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | BARIO SULFATO 98 % POLVO | 40 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

| 5 | Renglón 5 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CONTRASTE IODADO NO IONICO 300 MG/ML ENVASE X 100 ML | 3000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: El proveedor al que le fuera adjudicado este renglon deberá entregar una bomba en comodato.

A continuación se detallan las características y condiciones requeridas:

CONDICIONES EXCLUYENTES

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**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 3 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000073

2018

Número

Año

Expediente 2915-009229/2018

Emision 19/12/2018

P. P. : 2018-00001238

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 03 DE ENERO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **27.400,00**

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.

Deberá incluir la provisión de una bomba de inyección de doble cabezal para la administración del agente de contraste adquirido en este pedido, asumiendo la responsabilidad del mantenimiento de la misma y en el caso de ser necesario también la provisión de repuestos.

En caso de ser necesario un mantenimiento correctivo, se deberá brindar asistencia técnica en un plazo menor a 48hs luego de reportada la falla. Si luego del diagnóstico, se presume que la bomba permanecerá inoperativa por un lapso mayor a 7 días, se deberá proveer otra de iguales características para suplir la necesidad hasta que la primera sea reparada.

Deberá incluir la realización de un mantenimiento preventivo anual en el caso de que la bomba se encuentre instalada en el hospital el tiempo correspondiente.

Toda acción de mantenimiento deberá ser coordinada previamente con el área de Ingeniería Clínica.

| 6 | Renglón 6 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CONTRASTE IODADO NO IONICO 300 MG/ML ENVASE X 50 ML | 2000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: El proveedor al que le fuera adjudicado este renglon deberá entregar una bomba en comodato.

A continuación se detallan las características y condiciones requeridas:

CONDICIONES EXCLUYENTES

Deberá incluir la provisión de una bomba de inyección de doble cabezal para la administración del agente de contraste adquirido en este pedido, asumiendo la responsabilidad del mantenimiento de la misma y en el caso de ser necesario también la provisión de repuestos.

En caso de ser necesario un mantenimiento correctivo, se deberá brindar asistencia técnica en un plazo menor a 48hs luego de reportada la falla. Si luego del diagnóstico, se presume que la bomba permanecerá inoperativa por un lapso mayor a 7 días, se deberá proveer otra de iguales características para suplir la necesidad hasta que la primera sea reparada.

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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 4 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000073

2018

Número

Año

Expediente 2915-009229/2018

Emision 19/12/2018

P. P. : 2018-00001238

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 03 DE ENERO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **27.400,00**

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.

Deberá incluir la realización de un mantenimiento preventivo anual en el caso de que la bomba se encuentre instalada en el hospital el tiempo correspondiente.
Toda acción de mantenimiento deberá ser coordinada previamente con el área de Ingeniería Clínica.

| 7 | Renglón 7 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | GADOLINEO 0.5 MMOL/ML FRASCO AMPOLLA X 15 ML | 2500 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

| 8 | Renglón 8 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | IOVERSOL 320 MG/ML JERINGA X 125 ML | 3700 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

| 9 | Renglón 9 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LIPIODOL 4.8 G AMPOLLA | 60 | Unidad | |

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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 5 / 5

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000073

2018

Número

Año

Expediente 2915-009229/2018

Emission 19/12/2018

P. P. : 2018-00001238

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 03 DE ENERO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **27.400,00**

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:

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