



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 / 10

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000046

2018

Número

Año

Expediente 2915-009135/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001076

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **11.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade 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	10000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BICARBONATO DE SODIO 1 M SACHET X 100 ML	2000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 10 % SACHET X 500 ML	600	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 10

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000046

2018

Número

Año

Expediente 2915-009135/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001076

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **11.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade 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 25 % SACHET X 500 ML	50	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 100 ML	5000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 100 ML DOBLE PICO	100	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

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 / 10

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000046

2018

Número

Año

Expediente 2915-009135/2018

Emisión 12/11/2018

P. P. : 2018-00001076

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **11.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviñciade 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	DEXTROSA 5 % SACHET X 250 ML	8000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 250 ML DOBLE PICO	100	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 500 ML	6000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 4 / 10

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000046

2018

Número

Año

Expediente 2915-009135/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001076

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **11.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviñciade 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.

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 500 ML DOBLE PICO	300	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GELATINA 4 % SACHET X 500 ML	800	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MANITOL 15 % SACHET X 500 ML	400	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 5 / 10

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000046

2018

Número

Año

Expediente 2915-009135/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001076

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **11.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade 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.

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RINGER LACTATO SACHET X 500 ML	20000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION CARDIOPLEGICA P/INDUCCION C/POTASIO X 830 ML	40	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION CARDIOPLEGICA - PROTECTORA DE ORGANOS X 1000 ML	600	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. : 6 / 10

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000046

2018

Número

Año

Expediente 2915-009135/2018

Emision 12/11/2018

P. P. : 2018-00001076

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **11.000,00**

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:

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 1000 ML	800	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 1000 ML DOBLE PICO	400	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Con envoltorio

18	Renglón 18	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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 7 / 10

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000046

2018

Número

Año

Expediente 2915-009135/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001076

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **11.000,00**

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.

Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 100 ML	40000	Unidad	
----------	--	-------	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 100 ML DOBLE PICO	700	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 250 ML	25000	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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 8 / 10

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000046

2018

Número

Año

Expediente 2915-009135/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001076

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **11.000,00**

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:

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 250 ML DOBLE PICO	400	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 500 ML	60000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

23	Renglón 23	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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 9 / 10

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000046

2018

Número

Año

Expediente 2915-009135/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001076

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **11.000,00**

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.

Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 500 ML DOBLE PICO	1200	Unidad	
----------	---	------	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION POLIELECTROLITICA ISOTONICA SACHET X 500 ML	300	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Debe poseer un pH de 7,4

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUC.P/ DIÁLISIS PERITONEAL 2 % SACHET X 2000 ML	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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 10 / 10

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000046

2018

Número

Año

Expediente 2915-009135/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001076

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **11.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade 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