



**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 **2024**

Pag. : 1 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000042**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016568/2024

Emission 28/10/2024

P. P. : 2024-00002108

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 06 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Área de Compras**

Detalle:

Valor del Pliego **25.000,00**

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	Dialisis Peritoneal Aguda	15	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HEMODIAFILTRACION AGUDA	390	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HEMODIAFILTRACION EXTENDIDA	270	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HEMODIALISIS INTERMITENTE	540	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	Plasmaferesis Aguda	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 **2024**

Pag. : 2 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000042**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016568/2024

Emission 28/10/2024

P. P. : 2024-00002108

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 06 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Área de Compras**

Detalle:

Valor del Pliego **25.000,00**

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:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	Terapia Absortiva	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	Terapia Continua (Hemodialisis, Hemofiltracion o Hemodiafiltracion)	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	Terapia Neo	15	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: TRASPLANTE RENAL. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de TRASPLANTE RENAL, Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 13 HS.

Este establecimiento no se hará cargo por gastos adicionales.

\_\_\_\_\_

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 **2024**

Pag. : 3 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000042**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016568/2024

Emission 28/10/2024

P. P. : 2024-00002108

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 06 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Área de Compras**

Detalle:

Valor del Pliego **25.000,00**

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.

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