



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**

Pag. : 1 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-008806/2018

Emisión 22/06/2018

P. P. : 2018-00000646

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 11 DE JULIO DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **4.800,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

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	150	Unidad	

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CONTRASTE IODADO NO IONICO 300 MG/ML ENVASE X 100 ML	500	Unidad	

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

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**

Pag. : 2 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-008806/2018

Emission 22/06/2018

P. P. : 2018-00000646

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 11 DE JULIO DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **4.800,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

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.

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.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CONTRASTE IODADO NO IONICO 370 MG/ML ENVASE X 100 ML	400	Unidad	

Observaciones:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GADOLINEO 0.5 MMOL/ML FRASCO AMPOLLA X 15 ML	1000	Unidad	

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IOVERSOL 320 MG/ML JERINGA X 125 ML	1200	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**

Pag. : 3 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-008806/2018

Emission 22/06/2018

P. P. : 2018-00000646

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 11 DE JULIO DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **4.800,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

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.

Observaciones:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LIPIODOL 4.8 G AMPOLLA	12	Unidad	

Observaciones:

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMIDOTRIZOATO SODIO + MEGLUMINA 30 % ENVASE X 250 ML	280	Unidad	

Observaciones:

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**

Pag. : 4 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000027

2018

Número

Año

Expediente 2915-008806/2018

Emission 22/06/2018

P. P. : 2018-00000646

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 11 DE JULIO DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 08:00

Detalle:

Valor del Pliego **4.800,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviñade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

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.

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 09:00 a 13:00 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