



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 **2020**

Pag. : 1 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emisión 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

| 1 | Renglón 1 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ACICLOVIR 500 MG FRASCO AMPOLLA | 1200 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 2 | Renglón 2 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AMIKACINA 500 MG AMPOLLA | 300 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 3 | Renglón 3 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AMPICILINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA | 500 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

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 **2020**

Pag. : 2 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emisión 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

| 4 | Renglón 4 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AMPICILINA - SULBACTAM 1000/500 MG FRASCO AMPOLLA | 1000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 5 | Renglón 5 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ANFOTERICINA B LIPOSOMAL 50 MG FRASCO AMPOLLA | 500 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 6 | Renglón 6 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CASPOFUNGINA 50 MG FRASCO AMPOLLA | 100 | 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 **2020**

Pag. : 3 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emision 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 7 | Renglón 7 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CEFALOTINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA | 300 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 8 | Renglón 8 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CEFAZOLINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA | 4000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 9 | Renglón 9 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CEFEPIME 2000 MG FRASCO AMPOLLA | 3000 | 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 **2020**

Pag. : 4 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emisión 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

| 10 | Renglón 10 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CEFTAZIDIMA 1000 MG FRASCO AMPOLLA | 2000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 11 | Renglón 11 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CEFTRIAXONA 1000 MG FRASCO AMPOLLA | 2000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 12 | Renglón 12 | 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 **2020**

Pag. : 5 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emision 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

| | | | | |
|----------|--------------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | CICLOSPORINA 100 MG COMPRIMIDO | 600 | Unidad | |
|----------|--------------------------------|-----|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| | | | | |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 13 | Renglón 13 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

| | | | | |
|----------|----------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | CICLOSPORINA 50 MG CAPSULA | 300 | Unidad | |
|----------|----------------------------|-----|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| | | | | |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 14 | Renglón 14 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

| | | | | |
|----------|---------------------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | CIPROFLOXACINA 200 MG SACHET X 100 ML | 2000 | Unidad | |
|----------|---------------------------------------|------|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

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 **2020**

Pag. : 6 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emisión 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

| 15 | Renglón 15 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CLARITROMICINA 500 MG FRASCO AMPOLLA | 500 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 16 | Renglón 16 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | COLISTINA 100 MG FRASCO AMPOLLA | 1000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 17 | Renglón 17 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ERTAPENEM 1 G FRASCO AMPOLLA | 20 | 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 **2020**

Pag. : 7 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emisión 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 18 | Renglón 18 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | FLUCONAZOL 200 MG SACHET X 100 ML | 1200 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

| 19 | Renglón 19 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | FOSCARNET 24 MG/ML ENVASE X 500 ML | 80 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 20 | Renglón 20 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | FOSFOMICINA 1 G FRASCO AMPOLLA | 4000 | 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 **2020**

Pag. : 8 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emisión 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincia 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.

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

| 21 | Renglón 21 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | GANCICLOVIR 500 MG FRASCO AMPOLLA | 100 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 22 | Renglón 22 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | IMIPENEM+CILASTINA 500 MG FRASCO AMPOLLA | 2000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 23 | Renglón 23 | 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 **2020**

Pag. : 9 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emisión 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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 | MEROPENEM 1000 MG FRASCO AMPOLLA | 2000 | Unidad | |
|----------|-------------------------------------|------|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 24 | Renglón 24 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | METRONIDAZOL 500 MG SACHET X 100 ML | 1000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 25 | Renglón 25 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MICOFENOLATO MOFETILO 500 MG COMPRIMIDO | 2500 | 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 **2020**

Pag. : 10 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emisión 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 26 | Renglón 26 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MICOFENOLATO SODICO 360 MG COMPRIMIDO | 4000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 27 | Renglón 27 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | PIPERACILINA - TAZOBACTAM 4000/500 MG FRASCO AMPOLLA | 4000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

| 28 | Renglón 28 | 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 **2020**

Pag. : 11 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emision 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

| | | | | |
|----------|-----------------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | RIFAMPICINA 600 MG FRASCO AMPOLLA | 200 | Unidad | |
|----------|-----------------------------------|-----|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 29 | Renglón 29 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
|----|------------|----------|--------------|--------------|

| | | | | |
|----------|---------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | TACROLIMUS 0.5 MG CAPSULA | 500 | Unidad | |
|----------|---------------------------|-----|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 30 | Renglón 30 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
|----|------------|----------|--------------|--------------|

| | | | | |
|----------|-------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | TACROLIMUS 1 MG CAPSULA | 2000 | Unidad | |
|----------|-------------------------|------|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 31 | Renglón 31 | 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 **2020**

Pag. : 12 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emision 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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 | TACROLIMUS 1 MG CAPSULA LP | 3000 | Unidad | |
|----------|----------------------------|------|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| | | | | |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 32 | Renglón 32 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

| | | | | |
|----------|-------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | TACROLIMUS 5 MG CAPSULA | 200 | Unidad | |
|----------|-------------------------|-----|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| | | | | |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 33 | Renglón 33 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

| | | | | |
|----------|----------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | TACROLIMUS 5 MG CAPSULA LP | 2000 | Unidad | |
|----------|----------------------------|------|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| | | | | |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 34 | Renglón 34 | 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 **2020**

Pag. : 13 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emisión 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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 | TRIMETOPRIMA + SULFAMETOXAZOL 80/400 MG AMPOLLA | 3000 | Unidad | |
|----------|--|------|--------|--|

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 35 | Renglón 35 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | VALGANCICLOVIR 450 MG COMPRIMIDO | 600 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 36 | Renglón 36 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | VANCOMICINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA | 3000 | 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 **2020**

Pag. : 14 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000017

2020

Número

Año

Expediente 2915-010602/2020

Emisión 08/06/2020

P. P. : 2020-00000679

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE JUNIO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **5.000,00**

Detalle:

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.

| 37 | Renglón 37 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | VANCOMICINA 500 MG FRASCO AMPOLLA | 1000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 38 | Renglón 38 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | VORICONAZOL 200 MG COMPRIMIDO | 1200 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Condiciones de Contratación:

Forma de Pago: 30 días fecha de presentación de factura.

Lugar de Entrega: . Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de , Avenida Calchaqui 5401 de .

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