



**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 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2020-Priv-000026**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010655/2020

Emisión 16/06/2020

P. P. : 2020-00000703

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

Comentarios:

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	CLIP ANEURISMA ESTANDAR	70	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA QUIRURGICA 1.27 X 3.81 CM SOBRE X 10 UNIDADES	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** La unidad de medida es el sobre por 10 unidades

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA QUIRURGICA 1.27 X 7.62 CM SOBRE X 10 UNIDADES	100	Unidad	

\_\_\_\_\_  
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 **2020**

Pag. : 2 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2020-Priv-000026**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010655/2020

Emision 16/06/2020

P. P. : 2020-00000703

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

Comentarios:

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:** La unidad de medida es el sobre por 10 unidades

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA QUIRURGICA 1.91 X 1.91 CM SOBRE X 10 UNIDADES	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** La unidad de medida es el sobre por 10 unidades

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA QUIRURGICA 7.62 X 7.62 CM SOBRE X 10 UNIDADES	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

6	Renglón 6	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. : 3 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2020-Priv-000026**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010655/2020

Emisión 16/06/2020

P. P. : 2020-00000703

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

Comentarios:

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	DRENAJE VENTRICULAR AL EXTERIOR C/BOLSA 700 ML	30	Unidad	
----------	---	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Drenaje ventricular al exterior c/bolsa 700ml. La bolsa de drenaje, en su parte inferior debe contar con un tubo con pinza y un puerto de inyección/toma de muestra con autocierre

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA AUTOBLOQUEANTE DE 11 MM PEDIATRICO	3	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA AUTOBLOQUEANTE DE 14 MM ADULTO	25	Unidad	

\_\_\_\_\_  
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 **2020**

Pag. : 4 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2020-Priv-000026**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010655/2020

Emission 16/06/2020

P. P. : 2020-00000703

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

Comentarios:

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:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PARCHE DE DURAMADRE 4 X 5 CM	2	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PARCHE DE DURAMADRE 6 X 8 CM	2	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PASA VALVULA ADULTO	2	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 **2020**

Pag. : 5 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2020-Priv-000026**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010655/2020

Emission 16/06/2020

P. P. : 2020-00000703

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

Comentarios:

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:**

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SISTEMA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO/PERITONEAL ADULTO DE REGULACION EXTERNA	6	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Sistema de derivación ventrículo/peritoneal adulto con regulación externa

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SISTEMA DE DERIVACION VENTRICULO/PERITONEAL DE PRESION MEDIA NEONATAL	1	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. : 6 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2020-Priv-000026**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010655/2020

Emission 16/06/2020

P. P. : 2020-00000703

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

Comentarios:

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:**

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SISTEMA DE DERIVACION VENTRICULO/PERITONEAL DE PRESION MEDIA PEDIATRICO	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SONDA DOPLER PARA NEUROCIRUGIA MANGO DELGADO 20 MHZ	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Sonda doble tipo Mizuhko

\_\_\_\_\_  
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 **2020**

Pag. : 7 / 7

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2020-Priv-000026**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010655/2020

Emission 16/06/2020

P. P. : 2020-00000703

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JUNIO DEL 2020**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

Comentarios:

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: Servicio de Farmacia. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicio de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 16 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