



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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Privada	
2024-Priv-000006	2024
Número	Año

Expediente 2915-015754/2024

Emission 2/2/2024

P. P. : 2024-00000131

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 15 DE FEBRERO DEL 2024**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos Médicos

Comentarios:

HORA 08:00

Valor del Pliego **0.00**

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	OXIGENADOR ADULTO P/ECMO	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Se requiere que el material sea compatible con el equipamiento(Maquet/Rotaflow)que dispone el Hospital.De no existir esa compatibilidad debe considerarse la provisión del equipo requerido.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KIT DE INSERCIÓN PERCUTANEA P/ECMO	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: KIT DE INSERCIÓN PERCUTANEA P/ECMO

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SET OXIGENADOR ECMO DE TRASLADO	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Set oxigenador ECMO de traslado. Modelo HLS Set Advanced 7.0 con un flujo sanguíneo de hasta 7 l/min, para sistema Cardiohelp (consola perteneciente a la institución).

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 7 dias fecha presentacion de factura 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 13 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

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 **2024**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2024-Priv-000006

2024

Número

Año

Expediente 2915-015754/2024

Emission 2/2/2024

P. P. : 2024-00000131

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 15 DE FEBRERO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos Médicos

Valor del Pliego **0.00**

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.

5401.

 Confeccionó

 Lugar y Fecha

 Firma y Sello