



**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 / 8

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000036**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016423/2024

Emision 5/9/2024

P. P. : 2024-00001846

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 17 DE SETIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **25,000.00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviadi 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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BASILIXIMAB 20 MG FRASCO AMPOLLA	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BEVACIZUMAB 400 MG FRASCO AMPOLLA	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BUSULFANO 60 MG AMPOLLA	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CARMUSTINA 100 MG FRASCO AMPOLLA	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CICLOFOSFAMIDA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	200	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 / 8

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000036**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016423/2024

Emission 5/9/2024

P. P. : 2024-00001846

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 17 DE SETIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **25,000.00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CICLOSPORINA 50 MG CAPSULA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOXORRUBICINA 50 MG FRASCO AMPOLLA	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ESCITALOPRAM 10 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ETOPOSIDO 100 MG AMPOLLA	600	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 **2024**

Pag. : 3 / 8

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000036**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016423/2024

Emission 5/9/2024

P. P. : 2024-00001846

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 17 DE SETIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **25,000.00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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.

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	EVEROLIMUS 0.25 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	EVEROLIMUS 0.75 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FLUDARABINA 50 MG AMPOLLA	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INMUNOGLOBULINA ANTITIMOCITICA 25 MG FRASCO AMPOLLA	200	Unidad	

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

**Observaciones:**

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MELFALAN 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 **2024**

Pag. : 4 / 8

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000036**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016423/2024

Emission 5/9/2024

P. P. : 2024-00001846

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 17 DE SETIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

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% Inmediato

**Observaciones:**

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MESNA 200 MG AMPOLLA	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MICOFENOLATO MOFETILO 500 MG COMPRIMIDO	4000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MICOFENOLATO SODICO 180 MG COMPRIMIDO	120	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MITOXANTRONA 20 MG 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 **2024**

Pag. : 5 / 8

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000036**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016423/2024

Emission 5/9/2024

P. P. : 2024-00001846

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 17 DE SETIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

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% Inmediato

**Observaciones:**

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	OLANZAPINA 5 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	POSACONAZOL 100 MG CAPSULA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	QUETIAPINA 100 MG COMPRIMIDO	1200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Debe ser ranurado.

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	QUETIAPINA 25 MG COMPRIMIDO	1500	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 **2024**

Pag. : 6 / 8

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000036**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016423/2024

Emission 5/9/2024

P. P. : 2024-00001846

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 17 DE SETIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

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.

Item N°1	RITUXIMAB 500 MG FRASCO AMPOLLA	12	Unidad	
----------	---------------------------------	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	RIVAROXABAN 10 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	
----------	------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	TACROLIMUS 0.5 MG CAPSULA	800	Unidad	
----------	---------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

26	Renglón 26	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	TACROLIMUS 1 MG CAPSULA	5000	Unidad	
----------	-------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	TACROLIMUS 1 MG CAPSULA LP	1000	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 **2024**

Pag. : 7 / 8

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000036**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016423/2024

Emission 5/9/2024

P. P. : 2024-00001846

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 17 DE SETIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **25,000.00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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.

28	Renglón 28	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TACROLIMUS 5 MG CAPSULA	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

29	Renglón 29	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TACROLIMUS 5 MG CAPSULA LP	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

30	Renglón 30	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TACROLIMUS 5 MG/ML AMPOLLA X 1 ML	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

31	Renglón 31	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRETINOINA 10 MG CAPSULA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

32	Renglón 32	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VALGANCICLOVIR 450 MG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

\_\_\_\_\_  
 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. : 8 / 8

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Pública	
<b>2024-Pub-000036</b>	<b>2024</b>
Número	Año

Expediente 2915-016423/2024

Emission 5/9/2024

P. P. : 2024-00001846

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 17 DE SETIEMBRE DEL 2024**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **25,000.00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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:**

33	Renglón 33	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VORICONAZOL 200 MG COMPRIMIDO	3000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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 5401.

\_\_\_\_\_  
 Confeccionó

\_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello