



**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 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACETILSALICILATO DE LISINA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	50	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACIDO TRANEXAMICO 1000 MG AMPOLLA	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACTIVADOR TISULAR DE PLASMINÓGENO 50 MG FRASCO AMPOLLA X 2	5	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. : 2 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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% A requerimiento

**Observaciones:**

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ADENOSINA 6 MG AMPOLLA	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ADRENALINA 1 MG AMPOLLA	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AGUA DESTILADA AMPOLLA	40000	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. : 3 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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% A requerimiento

**Observaciones:** Ampolla de vidrio transparente con rotulo de color naranja x 5 ml

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALPROSTADIL 500 MCG AMPOLLA	40	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMIODARONA 150 MG AMPOLLA	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ATRACURIO 50 MG AMPOLLA	15000	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 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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% A requerimiento

**Observaciones:**

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ATROPINA 1 MG AMPOLLA	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BETAMETASONA ACET + FOSF. 6/6 MG FRASCO AMPOLLA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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	BUPIVACAINA 0.5 % FRASCO AMPOLLA X 20 ML	200	Unidad	
----------	---	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CAFEINA 25 % AMPOLLA	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CALCIO CLORURO 10 % AMPOLLA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Ampolla de vidrio transparente con rotulo de color amarillo x 5 ml

\_\_\_\_\_  
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. : 6 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CALCIO GLUCONATO 10 % AMPOLLA	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Ampolla de vidrio transparente con rotulo de color verde x 5 ml

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLONIDINA 0.15 MG AMPOLLA	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLORPROMAZINA 2.5 % AMPOLLA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Uso endovenoso

\_\_\_\_\_  
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. : 7 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPLEJO PROTROMBÍNICO 500/600 UI FRASCO AMPOLLA	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DESMOPRESINA 4 MCG AMPOLLA	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXAMETASONA 8 MG AMPOLLA	10000	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. : 8 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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% A requerimiento

**Observaciones:**

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXMEDETOMIDINA 200 MCG FRASCO AMPOLLA	3000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 25 % AMPOLLA	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Ampolla de vidrio transparente x 10 ml

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 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	DEXTrosa 50 % AMPOLLA	200	Unidad	
----------	-----------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Ampolla de vidrio transparente x 10 ml

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DICLOFENAC SÓDICO 75 MG AMPOLLA	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIFENHIDRAMINA 0.1 % AMPOLLA	3000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

26	Renglón 26	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 10 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	DIGOXINA 0.25 MG AMPOLLA	200	Unidad	
----------	--------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIPIRIDAMOL 10 MG AMPOLLA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

28	Renglón 28	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIPIRONA 1000 MG AMPOLLA	9000	Unidad	

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

**Observaciones:**

29	Renglón 29	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 11 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	ENALAPRIL 2.5 MG FRASCO AMPOLLA	150	Unidad	
----------	---------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

30	Renglón 30	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ENOXAPARINA 20 MG JGA PRELLENADA	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

31	Renglón 31	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ENOXAPARINA 40 MG JGA PRELLENADA	4000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

32	Renglón 32	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 12 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	ENOXAPARINA 60 MG JGA PRELLENADA	2000	Unidad	
----------	----------------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

33	Renglón 33	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ENOXAPARINA 80 MG JGA PRELLENADA	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

34	Renglón 34	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ERITROPOYETINA 2000 UI AMPOLLA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

35	Renglón 35	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 13 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	ESMOLOL 2.5 G AMPOLLA	30	Unidad	
----------	-----------------------	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

36	Renglón 36	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FENITOINA 100 MG AMPOLLA	6000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

37	Renglón 37	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FENOBARBITAL (P III) 100 MG AMPOLLA	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

38	Renglón 38	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 14 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	FENTANILO 250 MCG AMPOLLA	50000	Unidad	
----------	---------------------------	-------	--------	--

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

**Observaciones:**

39	Renglón 39	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FILGRASTIM 300 MCG AMPOLLA	1500	Unidad	

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

**Observaciones:**

40	Renglón 40	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FLUMAZENIL 0.5 MG AMPOLLA	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

41	Renglón 41	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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. : 15 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	FOSFATO DE SODIO 3 MMOL/ML AMPOLLA	30	Unidad	
----------	---------------------------------------	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

42	Renglón 42	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA	20000	Unidad	

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

**Observaciones:**

43	Renglón 43	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GAMMAGLOBULINA ANTITETANICA + TOXOIDE 500/75 MG FRASCO AMPOLLA	150	Unidad	

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

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

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. : 16 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

44	Renglón 44	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HALOPERIDOL 5 MG AMPOLLA	1200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

45	Renglón 45	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HEPARINA SÓDICA 25000 UI FRASCO AMPOLLA	4000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

46	Renglón 46	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROCORTISONA 100 MG FRASCO AMPOLLA	6000	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. : 17 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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% A requerimiento

**Observaciones:**

47	Renglón 47	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROCORTISONA 500 MG FRASCO AMPOLLA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

48	Renglón 48	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIOSCINA 20 MG AMPOLLA	3000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

49	Renglón 49	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. : 18 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	IBUPROFENO 400 MG AMPOLLA	500	Unidad	
----------	---------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** la formulacion no debe contener lidocaina

50	Renglón 50	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INSULINA HUMANA CORRIENTE 100 UI FRASCO AMPOLLA X 10 ML	200	Unidad	

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

**Observaciones:**

51	Renglón 51	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INSULINA HUMANA NPH 100 UI FRASCO AMPOLLA X 10 ML	50	Unidad	

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

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
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. : 19 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

52	Renglón 52	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ISOPROTERENOL 1 MG AMPOLLA	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

53	Renglón 53	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ISOXUPRINA 10 MG AMPOLLA	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

54	Renglón 54	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KETOROLAC 30 MG AMPOLLA	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. : 20 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

55	Renglón 55	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVETIRACETAM 500 MG FRASCO AMPOLLA	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

56	Renglón 56	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVOSIMENDAM 12.5 MG AMPOLLA	40	Unidad	

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

**Observaciones:**

57	Renglón 57	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LIDOCAINA 1 % AMPOLLA	1000	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. : 21 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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:**

58	Renglón 58	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LIDOCAINA 2 % FRASCO AMPOLLA X 20 ML	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

59	Renglón 59	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LIDOCAINA C/ EPINEFRINA 2 % FRASCO AMPOLLA X 20 ML	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

60	Renglón 60	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. : 22 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	MAGNESIO SULFATO 25 % AMPOLLA	3000	Unidad	
----------	-------------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

61	Renglón 61	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METARAMIROL 10 MG AMPOLLA	50	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

62	Renglón 62	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METILERGONOVINA 0.2 MG AMPOLLA	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

63	Renglón 63	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. : 23 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	METILPREDNISOLONA 500 MG FRASCO AMPOLLA	200	Unidad	
----------	--	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

64	Renglón 64	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METOCLOPRAMIDA 10 MG AMPOLLA	8000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

65	Renglón 65	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MIDAZOLAM 15 MG AMPOLLA	40000	Unidad	

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

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
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. : 24 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

66	Renglón 66	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MORFINA CLORHIDRATO (E I) 10 MG AMPOLLA	25000	Unidad	

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

**Observaciones:**

67	Renglón 67	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NALOXONA 0.4 MG AMPOLLA	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

68	Renglón 68	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NITROGLICERINA 25 MG AMPOLLA	1000	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. : 25 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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:**

69	Renglón 69	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NITROPRUSIATO DE SODIO 50 MG FRASCO AMPOLLA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Debe poseer una estabilidad de 24 hs una vez reconstituido

70	Renglón 70	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NORADRENALINA 4 MG AMPOLLA	20000	Unidad	

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

**Observaciones:**

71	Renglón 71	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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. : 26 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	OMEPRAZOL 40 MG FRASCO AMPOLLA	8000	Unidad	
----------	--------------------------------	------	--------	--

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

**Observaciones:** Debe incluir solvente

72	Renglón 72	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ONDANSETRÓN 8 MG AMPOLLA	4000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

73	Renglón 73	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	OXITOCINA 5 UI AMPOLLA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

74	Renglón 74	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

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. : 27 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	POTASIO CLORURO 3 M (15 MEQ/ 5 ML) AMPOLLA	12000	Unidad	
----------	---	-------	--------	--

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

**Observaciones:** Ampolla de vidrio transparente con rotulo de color rojo x 5 ml

75	Renglón 75	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROMETAZINA 50 MG AMPOLLA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

76	Renglón 76	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROPOFOL 200 MG AMPOLLA	2000	Unidad	

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

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
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. : 28 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

77	Renglón 77	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROPOFOL 500 MG FRASCO AMPOLLA	15000	Unidad	

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

**Observaciones:**

78	Renglón 78	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROTAMINA 50 MG AMPOLLA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

79	Renglón 79	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RANITIDINA 50 MG AMPOLLA	10000	Unidad	

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

**Observaciones:** Ampolla x 5 ml

\_\_\_\_\_  
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. : 29 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

80	Renglón 80	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	REMIFENTANILO (E I) 5 MG FRASCO AMPOLLA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

81	Renglón 81	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ROCURONIO 50 MG FRASCO AMPOLLA	500	Unidad	

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

**Observaciones:**

82	Renglón 82	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SET ADHESIVO DE FIBRINA ENVASE X 1 ML	30	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. : 30 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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% A requerimiento

**Observaciones:**

83	Renglón 83	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SET ADHESIVO DE FIBRINA ENVASE X 3 ML	80	Unidad	

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

**Observaciones:**

84	Renglón 84	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SEVOFLUORANO ENVASE X 250 ML	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

85	Renglón 85	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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. : 31 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	SODIO CLORURO HIPERTONICO 20 % AMPOLLA	2000	Unidad	
----------	---	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

86	Renglón 86	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SODIO VALPROATO 500 MG FRASCO AMPOLLA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

87	Renglón 87	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % AMPOLLA	20000	Unidad	

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

**Observaciones:** Ampolla de vidrio transparente con rotulo de color azul x 5 ml

\_\_\_\_\_  
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. : 32 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

88	Renglón 88	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SUCCINILCOLINA 100 MG AMPOLLA	300	Unidad	

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

**Observaciones:**

89	Renglón 89	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TERLIPRESINA 1 MG FRASCO AMPOLLA	50	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

90	Renglón 90	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRAMADOL 50 MG AMPOLLA	2500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

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. : 33 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

91	Renglón 91	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VASOPRESINA 20 UI AMPOLLA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

92	Renglón 92	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VECURONIO 10 MG FRASCO AMPOLLA	5000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

93	Renglón 93	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VITAMINA C 1000 MG AMPOLLA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_  
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. : 34 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

94	Renglón 94	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VITAMINA K 10 MG AMPOLLA	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

95	Renglón 95	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VITAMINA K 1 MG AMPOLLA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

96	Renglón 96	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMIDOTRIZOATO SODIO + MEGLUMINA 10/66 % ENVASE X 120 ML	150	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. : 35 / 35

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2020-Pub-000028**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011179/2020

Emission 02/12/2020

P. P. : 2020-00001477

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE DICIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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:**

97	Renglón 97	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CONTRASTE IODADO NO IONICO 300 MG/ML ENVASE X 100 ML	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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 8 a 14 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