



**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 **2022**

Pag. : 1 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emision 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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 | ACENOCUMAROL 1 MG COMPRIMIDO | 1000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 2        | Renglón 2                    | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ACENOCUMAROL 4 MG COMPRIMIDO | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 3        | Renglón 3                       | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ACETAZOLAMIDA 250 MG COMPRIMIDO | 300      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 4        | Renglón 4                                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG COMPRIMIDO | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 5        | Renglón 5                                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ACIDO ACETILSALICILICO 500 MG COMPRIMIDO | 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 **2022**

Pag. : 2 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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:**

| 6        | Renglón 6                    | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ACIDO FOLICO 5 MG COMPRIMIDO | 2000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 7        | Renglón 7                                 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ACIDO URISODESOXICOLICO 300 MG COMPRIMIDO | 300      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 8        | Renglón 8                     | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ALLOPURINOL 300 MG COMPRIMIDO | 600      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 9        | Renglón 9                    | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ALPRAZOLAM 0.5 MG COMPRIMIDO | 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 **2022**

Pag. : 3 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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.

| 10       | Renglón 10                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AMIODARONA 200 MG COMPRIMIDO | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 11       | Renglón 11                     | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AMITRIPTILINA 25 MG COMPRIMIDO | 100      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 12       | Renglón 12                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AMLODIPINA 10 MG COMPRIMIDO | 3000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 13       | Renglón 13                 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AMLODIPINA 5 MG COMPRIMIDO | 1000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 14       | Renglón 14                                      | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | AMOXICILINA - CLAVULANICO 875/125 MG COMPRIMIDO | 240      | 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 **2022**

Pag. : 4 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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:**

| 15       | Renglón 15                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ATENOLOL 25 MG COMPRIMIDO | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 16       | Renglón 16                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO | 300      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 17       | Renglón 17                     | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ATORVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO | 4000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

| 18       | Renglón 18                 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | BACLOFENO 10 MG COMPRIMIDO | 5000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

| 19 | Renglón 19 | 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 **2022**

Pag. : 5 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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 | CABERGOLINA 0.5 MG COMPRIMIDO | 24 | Unidad |  |
|----------|-------------------------------|----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 20 | Renglón 20 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                                     |      |        |  |
|----------|-------------------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | CALCIO CARBONATO 1250 MG COMPRIMIDO | 6000 | Unidad |  |
|----------|-------------------------------------|------|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 21 | Renglón 21 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                                |      |        |  |
|----------|--------------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | CALCITRIOL 0.25 MCG COMPRIMIDO | 3000 | Unidad |  |
|----------|--------------------------------|------|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 22 | Renglón 22 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                               |      |        |  |
|----------|-------------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | CARVEDILOL 12.5 MG COMPRIMIDO | 2000 | Unidad |  |
|----------|-------------------------------|------|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 23 | Renglón 23 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                               |      |        |  |
|----------|-------------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | CARVEDILOL 6.25 MG COMPRIMIDO | 3000 | 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 **2022**

Pag. : 6 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emision 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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:**

| 24       | Renglón 24                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO | 160      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 25       | Renglón 25                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CILOSTAZOL 100 MG COMPRIMIDO | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 26       | Renglón 26                     | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CLINDAMICINA 300 MG COMPRIMIDO | 300      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 27       | Renglón 27                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CLONAZEPAM 0.5 MG COMPRIMIDO | 6000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

| 28 | Renglón 28 | 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 **2022**

Pag. : 7 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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 | CLONAZEPAM 2 MG COMPRIMIDO | 2000 | Unidad |  |
|----------|----------------------------|------|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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

|          |                              |      |        |  |
|----------|------------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | CLOPIDOGREL 75 MG COMPRIMIDO | 5000 | Unidad |  |
|----------|------------------------------|------|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

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

|          |                                  |     |        |  |
|----------|----------------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | COMPLEJO VITAMINICO B COMPRIMIDO | 800 | Unidad |  |
|----------|----------------------------------|-----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** La formulación debe contener: B1 (tiamina) 125 mg; B6 (piridoxina) 140 mg; B12 (cobalamina) 5000 mcg.

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 31 | Renglón 31 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                               |     |        |  |
|----------|-------------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | DESOGESTREL 75 MCG COMPRIMIDO | 300 | Unidad |  |
|----------|-------------------------------|-----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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

|          |                                    |     |        |  |
|----------|------------------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | DICLOFENAC SÓDICO 50 MG COMPRIMIDO | 500 | 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 **2022**

Pag. : 8 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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:**

| 33       | Renglón 33                         | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | DICLOFENAC SÓDICO 75 MG COMPRIMIDO | 1500     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 34       | Renglón 34                       | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | DIFENHIDRAMINA 50 MG COMPRIMIDOS | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 35       | Renglón 35                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | DIGOXINA 0.25 MG COMPRIMIDO | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 36       | Renglón 36                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | DOMPERIDONA 10 MG COMPRIMIDO | 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 **2022**

Pag. : 9 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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.

| 37 | Renglón 37 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                            |      |        |  |
|----------|----------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | ENALAPRIL 10 MG COMPRIMIDO | 4000 | Unidad |  |
|----------|----------------------------|------|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

| 38 | Renglón 38 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                             |      |        |  |
|----------|-----------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | ENALAPRIL 2.5 MG COMPRIMIDO | 1000 | Unidad |  |
|----------|-----------------------------|------|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 39 | Renglón 39 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                                   |     |        |  |
|----------|-----------------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | ESPIRONOLACTONA 100 MG COMPRIMIDO | 500 | Unidad |  |
|----------|-----------------------------------|-----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 40 | Renglón 40 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                                  |      |        |  |
|----------|----------------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDO | 1000 | Unidad |  |
|----------|----------------------------------|------|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 41 | Renglón 41 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                             |      |        |  |
|----------|-----------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | FENITOINA 100 MG COMPRIMIDO | 1000 | 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 **2022**

Pag. : 10 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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:**

| 42       | Renglón 42                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO | 2000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 43       | Renglón 43                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | GABAPENTIN 300 MG COMPRIMIDO | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 44       | Renglón 44                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | HIDRALAZINA 50 MG COMPRIMIDO | 5000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

| 45       | Renglón 45                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | HIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 46 | Renglón 46 | 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 **2022**

Pag. : 11 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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 | INDOMETACINA 100 MG SUPOSITORIO | 80 | Unidad |  |
|----------|---------------------------------|----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 47 | Renglón 47 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                              |     |        |  |
|----------|------------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | ISONIACIDA 300 MG COMPRIMIDO | 600 | Unidad |  |
|----------|------------------------------|-----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 48 | Renglón 48 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |   |     |        |  |
|----------|---|-----|--------|--|
| Item N°1 | ISOSORBIDE MONONITRATO 20 MG COMPRIMIDO | 100 | Unidad |  |
|----------|---|-----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 49 | Renglón 49 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                            |     |        |  |
|----------|----------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | IVABRADINA 5 MG COMPRIMIDO | 112 | Unidad |  |
|----------|----------------------------|-----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 50 | Renglón 50 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                             |    |        |  |
|----------|-----------------------------|----|--------|--|
| Item N°1 | IVERMECTINA 6 MG COMPRIMIDO | 18 | 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 **2022**

Pag. : 12 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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:**

| 51       | Renglón 51                 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | KETOROLAC 20 MG COMPRIMIDO | 300      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 52       | Renglón 52                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LEUCOVORINA 15 MG COMPRIMIDO | 200      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 53       | Renglón 53                      | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LEVETIRACETAM 500 MG COMPRIMIDO | 5000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

| 54       | Renglón 54                       | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LEVOMEPRIMAZINA 25 MG COMPRIMIDO | 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 **2022**

Pag. : 13 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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.

| 55       | Renglón 55                      | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LEVOTIROXINA 100 MCG COMPRIMIDO | 1000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 56       | Renglón 56                     | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LEVOTIROXINA 50 MCG COMPRIMIDO | 1200     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 57       | Renglón 57                 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LOPERAMIDA 2 MG COMPRIMIDO | 1000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 58       | Renglón 58                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LORAZEPAM 1 MG COMPRIMIDO | 300      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 59       | Renglón 59                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LORAZEPAM 1 MG COMPRIMIDO SL | 1000     | 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 **2022**

Pag. : 14 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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:**

| 60       | Renglón 60                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LORAZEPAM 2.5 MG COMPRIMIDO | 300      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 61       | Renglón 61                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | LOSARTAN 50 MG COMPRIMIDO | 1000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 62       | Renglón 62                         | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MAGNESIO CITRATO 530 MG COMPRIMIDO | 5000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

| 63       | Renglón 63                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO | 300      | 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 **2022**

Pag. : 15 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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.

| 64       | Renglón 64                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | METILDOPA 500 MG COMPRIMIDO | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 65       | Renglón 65                        | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | METILERGONOVINA 0.2 MG COMPRIMIDO | 20       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 66       | Renglón 66                       | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | METILPREDNISONA 40 MG COMPRIMIDO | 1000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 67       | Renglón 67                      | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | METILPREDNISONA 8 MG COMPRIMIDO | 1200     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 68       | Renglón 68                 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | METIMAZOL 20 MG COMPRIMIDO | 100      | 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 **2022**

Pag. : 16 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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:**

| 69       | Renglón 69                    | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MINOCICLINA 100 MG COMPRIMIDO | 200      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 70       | Renglón 70                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | NAPROXENO 500 MG COMPRIMIDO | 200      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 71       | Renglón 71                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | NIMODIPINA 60 MG COMPRIMIDO | 1000     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 72       | Renglón 72              | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA | 12000    | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

| 73 | Renglón 73 | 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 **2022**

Pag. : 17 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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 | PANCREATINA 300 MG CAPSULA | 300 | Unidad |  |
|----------|----------------------------|-----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 74 | Renglón 74 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                               |       |        |  |
|----------|-------------------------------|-------|--------|--|
| Item N°1 | PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO | 20000 | Unidad |  |
|----------|-------------------------------|-------|--------|--|

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

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 75 | Renglón 75 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                                |     |        |  |
|----------|--------------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | PIRAZINAMIDA 250 MG COMPRIMIDO | 100 | Unidad |  |
|----------|--------------------------------|-----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 76 | Renglón 76 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                                   |     |        |  |
|----------|-----------------------------------|-----|--------|--|
| Item N°1 | PIRIDOXINA (B6) 100 MG COMPRIMIDO | 100 | Unidad |  |
|----------|-----------------------------------|-----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

|    |            |          |              |              |
|----|------------|----------|--------------|--------------|
| 77 | Renglón 77 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----|------------|----------|--------------|--------------|

|          |                                   |      |        |  |
|----------|-----------------------------------|------|--------|--|
| Item N°1 | POTASIO CLORURO 600 MG COMPRIMIDO | 7000 | 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 **2022**

Pag. : 18 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emision 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

| 78       | Renglón 78                    | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | RIFAMPICINA 300 MG COMPRIMIDO | 500      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 79       | Renglón 79                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | RISPERIDONA 1 MG COMPRIMIDO | 600      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 80       | Renglón 80                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SERTRALINA 50 MG COMPRIMIDO | 300      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 81       | Renglón 81                  | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SILDENAFIL 50 MG COMPRIMIDO | 1200     | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 82 | Renglón 82 | 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 **2022**

Pag. : 19 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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 | SULFATO FERROSO 200 MG<br>COMPRIMIDO | 600 | Unidad |  |
|----------|--------------------------------------|-----|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 83       | Renglón 83                 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TERAZOCINA 5 MG COMPRIMIDO | 100      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 84       | Renglón 84                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TOPIRAMATO 100 MG COMPRIMIDO | 200      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 85       | Renglón 85                | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDO | 2000     | 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 08 a 13 hs..

\_\_\_\_\_

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 **2022**

Pag. : 20 / 20

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000126**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013206/2022

Emission 02/06/2022

P. P. : 2022-00000773

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 09 DE JUNIO DEL 2022**

**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.

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