



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 1 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000020**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015719/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000093

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACENOCUMAROL 1 MG COMPRIMIDO	600	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACICLOVIR 200 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACICLOVIR 800 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALLOPURINOL 300 MG COMPRIMIDO	800	Unidad	

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**  
SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD  
**HOSPITAL EL CRUCE**  
 1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401  
 C.U.I.T.: 30710847351  
 IVA: Exento compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 2 / 11

<b>PEDIDO DE COTIZACIÓN</b>	
Contratacion Directa	
<b>2024-Cont-000020</b>	<b>2024</b>
Número	Año

Expediente 2915-015719/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000093

**PRESENTACION DE OFERTAS MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024** **HORA 12:00**  
**ASUNTO Servicio de Farmacia**  
 Detalle: Medicamentos Valor del Pliego **0,00**  
 Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALPRAZOLAM 0.5 MG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMLODIPINA 10 MG COMPRIMIDO	4000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMOXICILINA 500 MG COMPRIMIDO	400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BISACODILO 5 MG COMPRIMIDOS	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**  
SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 3 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000020**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015719/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000093

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

Item N°1	CALCITRIOL 0.25 MCG COMPRIMIDO	500	Unidad	
----------	--------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	CLARITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO	60	Unidad	
----------	----------------------------------	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

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

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	DICLOFENAC SODICO 50 MG COMPRIMIDO	800	Unidad	
----------	------------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	DILTIAZEM 60 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 **2024**

Pag. : 4 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000020**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015719/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000093

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOXICICLINA 100 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ENALAPRIL 2.5 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ESPIRONOLACTONA 100 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FENOFIBRATO 200 MG CAPSULA	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 **2024**

Pag. : 5 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000020**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015719/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000093

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GABAPENTIN 100 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDRALAZINA 50 MG COMPRIMIDO	5000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROCORTISONA 10 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO	800	Unidad	

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 6 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000020**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015719/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000093

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INDOMETACINA 100 MG SUPOSITORIO	150	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ISOSORBIDE DINITRATO 5 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

26	Renglón 26	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ISOSORBIDE MONONITRATO 20 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LACOSAMIDA 200 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

\_\_\_\_\_  
 Confeccionó

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

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



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 7 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000020**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015719/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000093

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

28	Renglón 28	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVETIRACETAM 500 MG COMPRIMIDO	6000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

29	Renglón 29	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVOFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDO	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

30	Renglón 30	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVOMEPROMAZINA 2 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

31	Renglón 31	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVOTIROXINA 50 MCG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

32	Renglón 32	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**  
SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 8 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000020**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015719/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000093

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

Item N°1	METILDOPA 500 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	
----------	-----------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

33	Renglón 33	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	METILPREDNISONA 40 MG COMPRIMIDO	3000	Unidad	
----------	----------------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

34	Renglón 34	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	METRONIDAZOL 500 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	
----------	--------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

35	Renglón 35	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	PANCREATINA 300 MG CAPSULA	300	Unidad	
----------	----------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

36	Renglón 36	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

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

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**

SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 9 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Contratacion Directa	
<b>2024-Cont-000020</b>	<b>2024</b>
Número	Año

Expediente 2915-015719/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000093

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Comentarios:

**HORA 12:00**

Valor del Pliego **0,00**

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

37	Renglón 37	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	POTASIO CLORURO 600 MG COMPRIMIDO	5000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

38	Renglón 38	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

39	Renglón 39	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RIFAMPICINA 300 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

40	Renglón 40	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RIVAROXABAN 10 MG COMPRIMIDO	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

41	Renglón 41	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TOPIRAMATO 100 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello

 <p><b>Hospital El Cruce</b>  <b>NÉSTOR CARLOS KIRCHNER</b>  <small>SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD</small>  <b>HOSPITAL EL CRUCE</b>          1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401          C.U.I.T.: 30710847351          IVA: Exento                                  compras@hospitalelcruce.org</p>	<p>Ejercicio <b>2024</b>                  Pag. : 10 / 11</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>PEDIDO DE COTIZACIÓN</b>                      Contratacion Directa  <b>2024-Cont-000020                  2024</b>                      Número                                  Año</p> </div> <p>Expediente 2915-015719/2024                  Emision 19/01/2024                  P. P. : 2024-00000093</p>
---	---

**PRESENTACION DE OFERTAS MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024                                  HORA 12:00**  
**ASUNTO Servicio de Farmacia**  
 Detalle: Medicamentos                                  Valor del Pliego **0,00**  
 Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato  
**Observaciones:**

42	Renglón 42	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato  
**Observaciones:**

43	Renglón 43	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRIMETOPRIMA + SULFAMETOXAZOL 80/400 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato  
**Observaciones:**

44	Renglón 44	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VITAMINA B1/B6/B12 125/140/5 MG COMPRIMIDO	600	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato  
**Observaciones:** La formulación debe contener: B1 (tiamina) 125 mg; B6 (piridoxina) 140 mg; B12 (cobalamina) 5000 mcg.

Condiciones de Contratacion:  
 Forma de Pago: 30 Días FPF fecha de presentacion de factura.  
 Lugar de Entrega: Farmacia. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de

\_\_\_\_\_                                  \_\_\_\_\_                                  \_\_\_\_\_  
 Confeccionó                                  Lugar y Fecha                                  Firma y Sello

Impreso Por: nefranco



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**  
SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 11 / 11

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000020**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015719/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000093

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 24 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 12:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 13.

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