



**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 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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	1300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACENOCUMAROL 4 MG COMPRIMIDO	600	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACETAZOLAMIDA 250 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACICLOVIR 200 MG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACICLOVIR 800 MG COMPRIMIDO	3000	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 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACIDO ACETILSALICILICO 500 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACIDO FOLICO 5 MG COMPRIMIDO	3500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACIDO URSODESOXICOLICO 300 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 **2024**

Pag. : 3 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**      **2024**

Número                      Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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:**

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALLOPURINOL 300 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALPRAZOLAM 0.5 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMIODARONA 200 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMITRIPTILINA 25 MG COMPRIMIDO	800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

14	Renglón 14	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. : 4 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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	AMLODIPINA 10 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	
----------	-----------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	AMLODIPINA 5 MG COMPRIMIDO	1500	Unidad	
----------	----------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	AMOXICILINA - CLAVULANICO 875/125 MG COMPRIMIDO	504	Unidad	
----------	---	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	AMOXICILINA 500 MG COMPRIMIDO	800	Unidad	
----------	-------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	ATENOLOL 25 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 **2024**

Pag. : 5 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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:**

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ATORVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO	7000	Unidad	

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

**Observaciones:**

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AZITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BACILLUS CLAUSII 4000 MILLONES DE ESPORAS/ 5 ML SUSPENSION	150	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Bacillus clausii 4000 millones de esporas/5ml. Suspensión oral caja de 5 frascos x 5 ml

\_\_\_\_\_  
 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 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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.

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BACLOFENO 10 MG COMPRIMIDO	7000	Unidad	

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

**Observaciones:**

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BISACODILO 5 MG COMPRIMIDOS	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BISOPROLOL 5 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

26	Renglón 26	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CABERGOLINA 0.5 MG COMPRIMIDO	24	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CALCIO CARBONATO 1250 MG COMPRIMIDO	10000	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 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emission 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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% A requerimiento

**Observaciones:**

28	Renglón 28	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CALCITRIOL 0.25 MCG COMPRIMIDO	4000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

29	Renglón 29	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CARVEDILOL 12.5 MG COMPRIMIDO	2500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

30	Renglón 30	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CARVEDILOL 6.25 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

31	Renglón 31	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO	100	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 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**      **2024**

Número                      Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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	CILOSTAZOL 100 MG COMPRIMIDO	700	Unidad	
----------	------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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

Item N°1	CIPROFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDO	600	Unidad	
----------	----------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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

Item N°1	CLARITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	
----------	----------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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

Item N°1	CLINDAMICINA 300 MG COMPRIMIDO	120	Unidad	
----------	--------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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

Item N°1	CLOBAZAM 10 MG COMPRIMIDO	1500	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 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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.

37	Renglón 37	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLONAZEPAM 0.5 MG COMPRIMIDO	7000	Unidad	

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

**Observaciones:**

38	Renglón 38	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLONAZEPAM 2 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

39	Renglón 39	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLOPIDOGREL 75 MG COMPRIMIDO	5000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

40	Renglón 40	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLOPRIMAZINA 25 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

41	Renglón 41	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DESMOPRESINA 0.2 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

\_\_\_\_\_  
 Confeccionó

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

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



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

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 10 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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	DESOGESTREL 75 MCG COMPRIMIDO	600	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

43	Renglón 43	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIAZEPAM 5 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

44	Renglón 44	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DICLOFENAC SODICO 50 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

45	Renglón 45	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DICLOFENAC SODICO 75 MG COMPRIMIDO	1500	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. : 11 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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:**

46	Renglón 46	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIFENHIDRAMINA 50 MG COMPRIMIDOS	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

47	Renglón 47	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIGOXINA 0.25 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

48	Renglón 48	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DILTIAZEM 60 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

49	Renglón 49	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIVALPROATO DE SODIO 250 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 **2024**

Pag. : 12 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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.

50	Renglón 50	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOMPERIDONA 10 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

51	Renglón 51	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ENALAPRIL 10 MG COMPRIMIDO	2500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

52	Renglón 52	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ENALAPRIL 2.5 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

53	Renglón 53	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ESPIRONOLACTONA 100 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

54	Renglón 54	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDO	1500	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. : 13 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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:**

55	Renglón 55	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FENITOINA 100 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

56	Renglón 56	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FENOBARBITAL (P III) 100 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

57	Renglón 57	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FLUCONAZOL 100 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

58	Renglón 58	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FLUCONAZOL 200 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 **2024**

Pag. : 14 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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.

59	Renglón 59	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

60	Renglón 60	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GABAPENTIN 100 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

61	Renglón 61	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GABAPENTIN 300 MG COMPRIMIDO	6000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

62	Renglón 62	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDRALAZINA 50 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

63	Renglón 63	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROCLOROTIAZIDA 25 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. : 15 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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:**

64	Renglón 64	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

65	Renglón 65	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

66	Renglón 66	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IBUPROFENO 400 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

67	Renglón 67	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INDOMETACINA 100 MG SUPOSITORIO	150	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. : 16 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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.

68	Renglón 68	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ISONIACIDA 300 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

69	Renglón 69	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ISOSORBIDE DINITRATO 5 MG COMPRIMIDO	50	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

70	Renglón 70	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ISOSORBIDE MONONITRATO 20 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

71	Renglón 71	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ITRACONAZOL 200 MG CAPSULA	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

72	Renglón 72	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IVABRADINA 5 MG COMPRIMIDO	112	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. : 17 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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:**

73	Renglón 73	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IVERMECTINA 6 MG COMPRIMIDO	18	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

74	Renglón 74	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KETOROLAC 20 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

75	Renglón 75	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LACOSAMIDA 200 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

76	Renglón 76	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEUCOVORINA 15 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

77	Renglón 77	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. : 18 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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	LEVETIRACETAM 500 MG COMPRIMIDO	5000	Unidad	
----------	---------------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

78	Renglón 78	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	LEVODOPA + CARBIDOPA 250/25 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	
----------	---	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

79	Renglón 79	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	LEVOFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	
----------	---------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

80	Renglón 80	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	LEVOFLOXACINA 750 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	
----------	---------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

81	Renglón 81	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	LEVOTIROXINA 100 MCG COMPRIMIDO	400	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. : 19 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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:**

82	Renglón 82	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVOTIROXINA 25 MCG COMPRIMIDO	400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

83	Renglón 83	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LEVOTIROXINA 50 MCG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

84	Renglón 84	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LOPERAMIDA 2 MG COMPRIMIDO	400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

85	Renglón 85	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

86	Renglón 86	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. : 20 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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	LORAZEPAM 1 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	
----------	---------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

87	Renglón 87	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	LORAZEPAM 1 MG COMPRIMIDO SL	200	Unidad	
----------	------------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

88	Renglón 88	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	LORAZEPAM 2.5 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	
----------	-----------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

89	Renglón 89	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	LOSARTAN 50 MG COMPRIMIDO	2500	Unidad	
----------	---------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

90	Renglón 90	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	MAGNESIO CITRATO 530 MG COMPRIMIDO	1500	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. : 21 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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:**

91	Renglón 91	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MESALAZINA 500 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

92	Renglón 92	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METFORMINA 500 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

93	Renglón 93	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

94	Renglón 94	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	METILPREDNISONA 40 MG COMPRIMIDO	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

95	Renglón 95	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. : 22 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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	METILPREDNISONA 8 MG COMPRIMIDO	2000	Unidad	
----------	---------------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

96	Renglón 96	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	METIMAZOL 20 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	
----------	----------------------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

97	Renglón 97	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

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

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

98	Renglón 98	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	NAPROXENO 500 MG COMPRIMIDO	1000	Unidad	
----------	-----------------------------	------	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

99	Renglón 99	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	NIMODIPINA 60 MG COMPRIMIDO	1300	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. : 23 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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.

100	Renglón 100	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NITROFURANTOINA 100 MG CAPSULA	72	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

101	Renglón 101	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA	15000	Unidad	

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

**Observaciones:**

102	Renglón 102	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PANCREATINA 300 MG CAPSULA	1500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

103	Renglón 103	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	30000	Unidad	

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

**Observaciones:**

104	Renglón 104	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PIRAZINAMIDA 250 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. : 24 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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:**

105	Renglón 105	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	POTASIO CLORURO 600 MG COMPRIMIDO	10000	Unidad	

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

**Observaciones:**

106	Renglón 106	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RIFAMPICINA 300 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

107	Renglón 107	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RISPERIDONA 1 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

108	Renglón 108	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERTRALINA 50 MG COMPRIMIDO	1500	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. : 25 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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.

109	Renglón 109	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SILDENAFIL 50 MG COMPRIMIDO	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

110	Renglón 110	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SULFATO FERROSO 200 MG COMPRIMIDO	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

111	Renglón 111	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TEOFILINA 300 MG COMPRIMIDO	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

112	Renglón 112	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TOPIRAMATO 100 MG COMPRIMIDO	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

113	Renglón 113	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDO	5000	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. : 26 / 26

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000212**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016206/2024

Emision 08/07/2024

P. P. : 2024-00001453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 12 DE JULIO DEL 2024**

**HORA 10:00**

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:**

114	Renglón 114	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRIMETOPRIMA + SULFAMETOXAZOL 160/800 MG COMPRIMIDO	1600	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

115	Renglón 115	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VITAMINA B1/B6/B12 125/140/5 MG COMPRIMIDO	2000	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: 7 dias fecha presentacion de factura fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Farmacia. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 13.

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