



**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 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000024**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015717/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000098

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 25 DE ENERO 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	GELATINA 4 % SACHET X 500 ML	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Sistema cerrado que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLORHEXIDNA COLOREADA 2 % SOLUCION ALCOHOLICA X 225 ML	120	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Clorhexidina alcohólica 2 % + alcohol isopropílico 70 %, solución coloreada. Envase x 225 ml

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NITROFUZAZONA 0.2 % SOLUCION X 500 ML	400	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CIPROFLOXACINA 5 % SUSPENSION	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLARITROMICINA 125 MG SUSPENSION	3	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 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000024**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015717/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000098

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 25 DE ENERO DEL 2024**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Comentarios:

**HORA 10:00**

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.

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Polvo para suspensión oral NO granulado.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HALOPERIDOL 2 % GOTAS	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MUPIROCINA 2 % UNGUENTO NASAL	120	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Envase x 3 gr

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NISTATINA 100000 UI CREMA	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	OXIDO DE ZINC + ASOC. CREMA X 50 G	300	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 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000024**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015717/2024

Emission 19/01/2024

P. P. : 2024-00000098

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 25 DE ENERO 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	PERMETRINA 1 % LOCION	40	Unidad	
----------	-----------------------	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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

Item N°1	SILICONA SPRAY	500	Unidad	
----------	----------------	-----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

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 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