



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 **2023**

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2023-Cont-000274

2023

Número

Año

Expediente 2915-015446/2023

Emission 16/11/2023

P. P. : 2023-00002116

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 22 DE NOVIEMBRE DEL 2023**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 11:00

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	ALIMENTACION PARENTERAL MAGISTRAL 1000-2400 ML	60	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Bolsas únicas de alimentación parenteral de 1000 a 2400 ml, destinadas a pacientes adultos. Con o sin lípidos, sin topes fijos de aminoácidos o de lípidos, con filtros planos de 1,2 o 0,2 micrones según corresponda. Las entregas deberán realizarse en el mismo día que se efectúa la prescripción médica. El fraccionamiento deberá proceder mediante equipo dosificador automático, computarizado, con precisión $\pm 3\%$, en la totalidad de los nutrientes utilizados (macronutrientes, micronutrientes y oligoelementos). Mencionar marca y origen. En caso de requerirlo, deberá poder adicionarse a la bolsa una emulsión lipídica compuesta por: aceite de soja, de pescado, de oliva y triglicéridos de cadena media. La planta de producción de fórmulas magistrales deberá presentar la certificación del SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001:2000.

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 08 a 13 hs..

Este establecimiento no se hará cargo por gastos adicionales.

Factura de acuerdo a Orden de Compra.

Los pagos correspondientes se efectuarán por medio de la Tesorería del Hospital sitio Avenida Calchaqui 5401.

 Confeccionó

 Lugar y Fecha

 Firma y Sello