



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-000278

2024

Número

Año

Expediente 2915-016491/2024

Emission 16/09/2024

P. P. : 2024-00001953

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE SETIEMBRE DEL 2024**

HORA 12:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos Médicos

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	ADHESIVO TISULAR DE ENBUCRILATO AMPOLLAS X 0.5ML	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APOSITO TRANSPARENTE POLIURETANO C/ CLORHEXIDINA 2% FENESTRADO 8.5 CM X 11.5 CM	100	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Apósito transparente de poliuretano con almohadilla impreganda en gluconado de clorhexidina 2%, fenestrado, con o sin marco de aplicación, de 8,5 x 11,5 cm. Estéril

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APOSITO TRANSPARENTE POLIURETANO FENESTRADO 6.5 CM X 7 CM	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Apósito transparente de poliuretano fenestrado, con o sin marco de aplicación, de 6.5 x 7 cm. Estéril

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CANULA SILICONADA P/DIALISIS PERITONEAL 9 FR X 31 CM	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-000278

2024

Número

Año

Expediente 2915-016491/2024

Emission 16/09/2024

P. P. : 2024-00001953

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE SETIEMBRE DEL 2024**

HORA 12:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos Médicos

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: Catéter tipo Tenckhoff, 100 % silicona transparente con línea radiopaca y 1 cuff de dacrón. Extremo distal abierto y redondeado con multiperforaciones laterales.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	JERINGA C/ SENSOR DE TEMPERATURA	100	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ROLLO DE PAPEL PARA ESPIROMETRO 11 CM DE ANCHO	20	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SUJETADORES DE EXTREMIDADES X PAR	1000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Suietadores de extremidades x par

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VALVULA PACIENTE P/RESUCITADOR ADULTO	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. : 3 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000278

2024

Número

Año

Expediente 2915-016491/2024

Emission 16/09/2024

P. P. : 2024-00001953

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 19 DE SETIEMBRE DEL 2024**

HORA 12:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos Médicos

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:

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 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