



**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-000315**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-015516/2023

Emission 01/12/2023

P. P. : 2023-00002261

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 07 DE DICIEMBRE DEL 2023**

**HORA 09:00**

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	PAÑALES ADULTO	50000	Unidad	

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

**Observaciones:** Pañales Adultos Grande, recto, cintas adhesivas repegables

Consta de:

CAPA INTERIOR: debe ser de un material natural, artificial o sintético

CAPA INTERMEDIA: (núcleo absorbente), debe ser de algodón, pulpa de celulosa virgen o materiales artificiales o sintéticos absorbentes, que gelatinicen al hidratarse.

CAPA EXTERNA: debe ser de una película natural, artificial o sintética para uso sanitario

Nota: Los materiales utilizados para su confección deben responder a los ensayos descriptos en la Resolución N ° 288/90 del Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

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 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