



**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 **2021**

Pag. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000060**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011708/2021

Emission 03/05/2021

P. P. : 2021-00000348

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 07 DE MAYO DEL 2021**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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	BOTAS DESCARTABLES X PARES	90000	Unidad	

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

**Observaciones:** Botas descartables de tela no tejida SMS de 30g/m2, media caña de 30 cm de alto; confeccionada en dos piezas iguales, cosidas en todo su frente hasta el talón con costura overlock.  
En la parte superior lleva una prolongación en forma de tira de 35 cm de largo por 5 cm de ancho.  
De media caña: 30 cm de alto y de punta a talón tendrá una longitud de no menos de 38 cm.  
Acondionadas en bolsa de polietileno, rotulada.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CAMISOLIN ESTERIL IMPERMEABLE TALLE L	150	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Camisolín confeccionado con Polipropileno 52 gr. grado médico de tres capas (filtrado bacteriano rango 93 aprox.); resistente a penetración de fluidos, alcoholes y/o elementos de base alcohólica; y partículas secas; con costuras termo selladas y posterior estéril con sujeción interna en cintura y hombro derecho, y externa en hombro izquierdo y cintura anterior; puños elásticos dobles de más de 12 cm.; doblado quirúrgico. Tamaño L

\_\_\_\_\_  
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 **2021**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000060**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011708/2021

Emission 03/05/2021

P. P. : 2021-00000348

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 07 DE MAYO DEL 2021**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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.

Talle L

Estéril, en doble envase de apertura quirúrgica, envase externo autopelable.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CAMISOLIN ESTERIL IMPERMEABLE TALLE XL	350	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Camisolín confeccionado con Polipropileno 52 gr.grado médico de tres capas (filtrado bacteriano rango 93 aprox.); resistente a penetración de fluidos, alcoholes y/o elementos de base alcohólica; y partículas secas; con costuras termo selladas y posterior estéril con sujeción interna en cintura y hombro derecho, y externa en hombro izquierdo y cintura anterior; puños elásticos dobles de más de 12 cm.; doblado quirúrgico. Tamaño XL  
Talle XL  
Estéril, en doble envase de apertura quirúrgica, envase externo autopelable.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias 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