



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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000082

2019

Número

Año

Expediente 2915-009738/2019

Emision 12/06/2019

P. P. : 2019-00000598

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 25 DE JUNIO DEL 2019**

HORA 09:00

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	CATETER DIAGNOSTICO ANGIOGRAFICO 4 FR PIG TAIL X 70 CM	3	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER DIAGNOSTICO ANGIOGRAFICO 5 FR PIG TAIL X 110 CM	3	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INTRODUCTOR 5 FR PEDIATRICO	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Introdutor pediátrico de 5 Fr para cuerda de 0.021 (NO kit radial).

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 2019

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000082

2019

Número

Año

Expediente 2915-009738/2019

Emision 12/06/2019

P. P. : 2019-00000598

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 25 DE JUNIO DEL 2019**

HORA 09:00

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.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CUERDA ANGIOGRAFIA 0.035"X 260 CM SUPER STIFF PTA FLOPY 1 CM	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER DIAGNOSTICO 6 FR MULTIPROPOSITO X 125 CM	5	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Catéter diagnóstico angiográfico 6 french x 125 cm

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT PERIFERICO EXPANDIBLE POR BALON DE CROMO COBALTO DE 5 X 17 MM	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 3 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000082

2019

Número

Año

Expediente 2915-009738/2019

Emission 12/06/2019

P. P. : 2019-00000598

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 25 DE JUNIO DEL 2019**

HORA 09:00

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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Stent periférico expandible por balon de cromo cobalto

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT PERIFERICO ACERO INOXIDABLE CUBIERTO C/PTFE	5	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

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 8 A 14 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