



**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-000319**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-015531/2023

Emission 01/12/2023

P. P. : 2023-00002301

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 11 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	CATETER VENOSO CENTRAL 7 FR 2L X 20 CM	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Catéter venoso central de 7Fr, doble lumen, de 20 cm de longitud (Set)

Constituido por:

- a) Un catéter de poliuretano radiopaco, de 7Fr y 20 cm de longitud, con doble lumen de calibre, uno de 14G y el otro de 18G.
- b) Una aguja introductora de 18G.
- c) Alambre guía recto de 0.032" de diámetro y 60 cm de longitud, con extremos lisos y blandos, uno en J y otro recto.
- d) Catéter introductor de 18G.
- e) Dilatador y clamps.
- f) Adaptador para prueba de presión.

Estéril, atóxico y apiretógeno. Envasado individualmente en sobre pelable, tipo pouch.

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 solamente 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