



**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**

Contratación Directa

**2021-Cont-000038**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011576/2021

Emisión 25/03/2021

P. P. : 2021-00000278

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 31 DE MARZO DEL 2021**

**HORA 11:00**

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 deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BALON DILATADOR ESOFAGICO-PILORICO-COLONICO	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Balón dilatador esofágico-pilórico-colónico CRE con guía, jeringa y manómetro

- 5 Unidades de 10 a 12 mm.

- 5 Unidades de 12 a 15 mm.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INTRODUCTOR P/STENT PLASTICO 8.5 FR	3	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT PLASTICO PARA VIA BILIAR 10 FR.	20	Unidad	

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

Impreso Por: gorenzo



**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-000038**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011576/2021

Emission 25/03/2021

P. P. : 2021-00000278

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 31 DE MARZO DEL 2021**

**HORA 11:00**

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:** - 5 unidades de 11 cm de longitud.  
- 10 unidades de 9 cm de longitud.  
- 5 unidades de 7 cm de longitud

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROTESIS BILIAR 10 FR DOBLE PIG TAIL	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Protesis biliar de doble pig tail de 7 cm y 9 cm según necesidad.

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 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

Impreso Por: glorenzo