



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 **2018**

Pag. : 1 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000071

2018

Número

Año

Expediente 2915-008788/2018

Emisión 15/06/2018

P. P. : 2018-00000638

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 25 DE JUNIO DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 09:00

Detalle: en reemplazo del PP 624 por reducción de cantidades 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	FRESA COMEDORA 3.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	6	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA COMEDORA 5.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	4	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA COMEDORA 6.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	6	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 **2018**

Pag. : 2 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000071

2018

Número

Año

Expediente 2915-008788/2018

Emision 15/06/2018

P. P. : 2018-00000638

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 25 DE JUNIO DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 09:00

Detalle: en reemplazo del PP 624 por reducción de cantidades 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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA DIAMANTADA 2.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	6	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA DIAMANTADA 3.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	6	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
---	-----------	----------	--------------	--------------

Confecionó

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 **2018**

Pag. : 3 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000071

2018

Número

Año

Expediente 2915-008788/2018

Emisión 15/06/2018

P. P. : 2018-00000638

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 25 DE JUNIO DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 09:00

Detalle: en reemplazo del PP 624 por reducción de cantidades 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 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.

Item N°1	FRESA DIAMANTADA 4.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	2	Unidad	
----------	--	---	--------	--

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA DE CORTE 2.2/2.3 MM PARA CRANEOTOMO ADULTO	18	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA DE CORTE 1.5/1.8 MM PARA CRANEOTOMO PEDIATRICO	6	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 **2018**

Pag. : 4 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000071

2018

Número

Año

Expediente 2915-008788/2018

Emision 15/06/2018

P. P. : 2018-00000638

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 25 DE JUNIO DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 09:00

Detalle: en reemplazo del PP 624 por reducción de cantidades 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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA DIAMANTADA 3.0 MM PARA INSERTO TELESCOPICO	6	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA COMEDORA 2.0 MM PARA INSERTO TELESCOPICO	4	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

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 **2018**

Pag. : 5 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000071

2018

Número

Año

Expediente 2915-008788/2018

Emisión 15/06/2018

P. P. : 2018-00000638

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 25 DE JUNIO DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 09:00

Detalle: en reemplazo del PP 624 por reducción de cantidades 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 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.

Item N°1	FRESA COMEDORA 4.0 MM PARA INSERTO TELESCOPICO	6	Unidad	
----------	--	---	--------	--

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA DIAMANTADA 3.0 MM PARA INSERTO TRANSNASAL	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA COMEDORA 3.0 MM PARA INSERTO TRANSNASAL	2	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 **2018**

Pag. : 6 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000071

2018

Número

Año

Expediente 2915-008788/2018

Emision 15/06/2018

P. P. : 2018-00000638

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 25 DE JUNIO DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 09:00

Detalle: en reemplazo del PP 624 por reducción de cantidades 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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA COMEDORA 4.0 MM PARA INSERTO TRANSNASAL	2	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.

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello