



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 **2020**

Pag. : 1 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2020-Priv-000018

2020

Número

Año

Expediente 2915-010483/2020

Emission 06/05/2020

P. P. : 2020-00000513

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 15 DE MAYO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

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	SISTEMA DE DETECCIÓN DE PROTEÍNAS DE SUPERFICIE	200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Se solicita sistema para deteccion y cuantificación de proteínas que tenga un límite de detección de 1 microgramo y una sensibilidad de 0,5 microgramos; que cumpla con normas ISO 15.883-1. Se solicita incubadora en comodato.
Vencimiento no superior a 18 meses.
Consumo mensual 20 unidades.
Presentar muestra.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COMPRESA DE GASA NO TEJIDA CON CONTROL RADIOPACO, MEDIDA 10CM X 20CM, PRESENTACIÓN X 5 UNIDADES, DOBLE POUCH.	15900	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Consumo mensual 1325 unidades.
Vencimiento no menor a 18 meses.
Presentar muestras.

3	Renglón 3	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 **2020**

Pag. : 2 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2020-Priv-000018

2020

Número

Año

Expediente 2915-010483/2020

Emission 06/05/2020

P. P. : 2020-00000513

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 15 DE MAYO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

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.

Item N°1	DISPOSITIVO DE DESAFÍO DE LAVADO PARA RE PROCESADOR AUTOMÁTICO DE ENDOSCOPIO	1	Unidad	
----------	------------------------------------------------------------------------------	---	--------	--

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Se solicita un dispositivo conteniendo 120 tiras indicadoras.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SISTEMA PARA DETECTAR PROTEÍNA RESIDUAL EN INSTRUMENTOS CANULADOS	10	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Consumo mensual 1.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ETIQUETAS CON RIBBON PARA IMPRESIÓN. APTAS PARA ESTERILIZACIÓN DE 6,1 X 4 CM	70000	Unidad	

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 **2020**

Pag. : 3 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2020-Priv-000018

2020

Número

Año

Expediente 2915-010483/2020

Emission 06/05/2020

P. P. : 2020-00000513

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 15 DE MAYO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

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: Se solicita etiquetas aptas para todos los métodos de esterilización inclusive plasma de peróxido de hidrógeno y el ribbon no manche luego de ser procesados los productos.
Consumo mensual 11.000 unidades
Presentar muestras.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CASSETTE DE PEROXIDO DE HIDROGENO AL 58 %	360	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita cassette para equipo Sterrad 100S. Consumo mensual 30 cassettes.
Vencimiento no inferior a 18 meses.
Presentar muestras.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: . Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de , Avenida Calchaqui 5401 de .

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

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2020**

Pag. : 4 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2020-Priv-000018

2020

Número

Año

Expediente 2915-010483/2020

Emission 06/05/2020

P. P. : 2020-00000513

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 15 DE MAYO DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

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.

5401.

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello