



**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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 1 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000059**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009177/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001139

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **13.900,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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	AGUJA PARA ESCLEROSIS 19 G	30	Unidad	

**Plazo de Entrega: 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS**

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AGUJA PARA ESCLEROSIS 23 G	100	Unidad	

**Plazo de Entrega: 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS**

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AGUJA PUNCION P/ ECOENDOSCOPIA	50	Unidad	

**Plazo de Entrega: 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS**

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 2 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000059**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009177/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001139

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **13.900,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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	ALAMBRE GUIA HIDROFILICO 0.035" X 450 CM	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS

**Observaciones:** Alambre guía hidrofílica sistema RX de 0.035" x 450 cm de largo.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ASA DE POLIPECTOMIA MULTIFILAMENTO OVAL PEQUEÑA	50	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS

**Observaciones:** Asa de polipectomía minioval de 10/13/15 cm. x 200 cm de largo

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BALON DILATADOR ESOFAGICO-PILORICO-COLONICO	50	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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 3 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000059**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009177/2018

Emisión 12/11/2018

P. P. : 2018-00001139

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **13.900,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS

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

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CANASTILLA DE LITOTRIPCIA	30	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS

**Observaciones:** Canastilla de dormia para realizar litotripicia.

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER PARA COLANGIOGRAFIA ERCP P/ENTEROSCOPIA	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLIP HEMOSTATICO PRE MONTADO	100	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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 4 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000059**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009177/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001139

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **13.900,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS

**Observaciones:**

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SET LIGADURA DOBLE TAMBOR	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS

**Observaciones:** Set de ligaduras de bandas de dos tambores de seis bandas cada uno

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOBRETUBO P/ENTEROSCOPIA	10	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Sobre tubo con balón para técnica de enteroscoía de doble balón

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SONDA DE IMPEDANCIA ADULTO	5	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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 5 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000059**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009177/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001139

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **13.900,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** Sonda de impedancia adulto tipo ZAN-BS-01 (+18 cm), 6 imp. 1 pH channel, 6.4 fr / 2.13  
Compatible con equipo Sandhill Scientific existente en el hospital.

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SONDA DE IMPEDANCIA PEDIATRICA	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Sonda de impedancia adulto tipo ZPN BS-46E / ZPN-S61C01E: 2 a 12 (15 a 18 cm)  
Compatible con equipo Sandhill Scientific existente en el hospital.

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT AUTOEXPANDIBLE DE COLON	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Stent autoexpandible de colon sin cobertura.

15	Renglón 15	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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 6 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000059**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009177/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001139

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **13.900,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviadi de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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	STENT AUTOEXPANDIBLE DE ESOFAGO TOTALMENTE CUBIERTO	10	Unidad	
----------	---	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Stent autoexpandible de esofago totalmente cubierto.

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT AUTOEXPANDIBLE ENTERAL DUODENAL	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT AUTOEXPANDIBLE VIA BILIAR PARA USO ENDOSCOPICO	50	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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 7 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000059**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009177/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001139

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **13.900,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviadi de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS

**Observaciones:** Stent autoexpandible biliar para uso endoscopico.

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT PLASTICO DE PANCREAS 3 FR	5	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT PLASTICO DE PANCREAS 5 FR	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS

**Observaciones:**

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT PLÁSTICO PARA VÍA BILIAR 10 FR.	50	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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 8 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000059**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009177/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001139

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **13.900,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:** 50 % INMEDIATA, 50% A LOS 30 DIAS

**Observaciones:**

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT PLÁSTICO PARA VÍA BILIAR 7 FR.	25	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	STENT PLASTICO PARA VIA BILIAR 8.5 FR	25	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA	10	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**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 9 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000059**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009177/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00001139

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 11:00**

Detalle:

Valor del Pliego **13.900,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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:**

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