



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 **2024**

Pag. : 2 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000017

2024

Número

Año

Expediente 2915-00015869/2024

Emission 19/3/2024

P. P. : 2024-00000561

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 04 DE ABRIL DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Nutricion

Valor del Pliego **25.000,00**

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: 100% A requerimiento

Observaciones: Bolsas únicas de alimentación parenteral de 1 a 600 ml, destinadas a pacientes pediátricos. Con o sin lípidos, con filtros planos de 1,2 o 0,2 micrones según corresponda. Las entregas deberán realizarse en el mismo día que se efectúa la prescripción médica. El fraccionamiento deberá proceder mediante equipo dosificador automático, computarizado, con precisión $\pm 3\%$, en la totalidad de los nutrientes utilizados (macronutrientes, micronutrientes y oligoelementos). Mencionar marca y origen. En caso de requerirlo, deberá poder adicionarse a la bolsa una emulsión lipídica compuesta por: aceite de soja, de pescado, de oliva y triglicéridos de cadena media. La planta de producción de fórmulas magistrales deberá presentar la certificación del SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001:2000

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALIMENTACION PARENTERAL PERIFERICA SMOF X 1900 CC	400	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Alimentacion parenteral por via periferica en bolsa de 3 camaras para adultos lista para usar. Volumen de 1900 cc y 1300 kcal. Con emulsion lipidica con aceite de soja, de pescado, oliva y trigliceridos de cadena media.CON FILTRO

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FORMULA ENTERAL HIPERPROTEICA OLIGOMERICA X 500 ML	180	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Formula enteral liquida hiperproteica, oligomerica, hipercalorica. Envase x 500 ml

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FORMULA LACTEA MATERNIZADA DE INICIO X 800/1000 G	350	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 **2024**

Pag. : 3 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000017

2024

Número

Año

Expediente 2915-00015869/2024

Emission 19/3/2024

P. P. : 2024-00000561

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 04 DE ABRIL DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Nutricion

Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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% A requerimiento

Observaciones: Fórmula láctea de inicio nutricionalmente completa, rica en hierro y vitamina C en polvo. Por latas de 1000 grs. Tipo: Vital Infantil 1 (Nutricia- Bago)

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FORMULA NUTRICIONAL HIDROLIZADA P/PEDIATRICOS X 400 G	55	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Alimento dietético infantil a base de caseinatos de sodio hidrolizado y maltodextrinas para lactantes y niños. Latas por 400 grsTipo: Kas1000 (Nutricia Bagó)

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FORMULA NUTRICIONAL HIPERCALORICA, HIPERPROTEICA X 500 ML	3500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: formula polimerica hipercalorica hiperproteica, con una relacion kcal/proteinas minimo de 1000 kcal/57 grs de proteina

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FORMULA NUTRICIONAL HIPERCALORICA, NORMOPROTEICA S/FIBRA X 1L	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Fórmula nutricionalmente completa de alta densidad energética, sin fibra, libre de lactosa, libre de gluten, por 1 litro. Tipo: Nutrison Energy (Nutricia Bago) CON ADAPTADORES.

 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 **2024**

Pag. : 5 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000017

2024

Número

Año

Expediente 2915-00015869/2024

Emission 19/3/2024

P. P. : 2024-00000561

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 04 DE ABRIL DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Nutricion

Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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.

P/PREMATUROS X 400 G

35

Unidad

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Formula nutricionalmente completa para lactantes prematuros y/o de bajo peso al nacer. Por latas de 400 grs. Tipo Nutrilon Prematuros (Nutricia Bago)

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MODULO PROTEICO X 250 G	40	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Modulo proteico de caseinato de calcio

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SUPLEMENTO NUTRICIONAL DE ALTA VALOR CALORICO X 125 ML	3200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Suplemento nutricional de alta valor calorico 2.4 kcal/ml. Envase x 125 ml

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL EN POLVO SABOR NEUTRO X 700 G	35	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Suplemento nutricional oral en polvo completo sabor NEUTRO rico en calcio y vitamina D, lata por 700 grs aprox.

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SUPLEMENTO NUTRICIONAL P/DIABETICOS X 200-236 ML	500	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 **2024**

Pag. : 6 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000017

2024

Número

Año

Expediente 2915-00015869/2024

Emission 19/3/2024

P. P. : 2024-00000561

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 04 DE ABRIL DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Nutricion

Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade 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% A requerimiento

Observaciones: Suplemento dietario nutricionalmente completo bebible de alta densidad calorica, libre de lactosa, PARA DIABETICOS Sabor vainilla. Por latas de 236 ml. TipoGlucerna SR (Abbott)

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 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