



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 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000024

2020

Número

Año

Expediente 2915-010831/2020

Emission 02/10/2020

P. P. : 2020-00001058

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincial 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 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	BUSULFANO 60 MG AMPOLLA	80	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CARMUSTINA 100 MG FRASCO AMPOLLA	30	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CICLOFOSFAMIDA 1000 MG FRASCO AMPOLLA	200	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. : 2 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000024

2020

Número

Año

Expediente 2915-010831/2020

Emission 02/10/2020

P. P. : 2020-00001058

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincia 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 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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DAUNORRUBICINA 20 MG FRASCO AMPOLLA	24	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOXORRUBICINA 50 MG FRASCO AMPOLLA	20	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 **2020**

Pag. : 3 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000024

2020

Número

Año

Expediente 2915-010831/2020

Emission 02/10/2020

P. P. : 2020-00001058

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincia 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 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	ETOPOSIDO 100 MG AMPOLLA	400	Unidad	
----------	--------------------------	-----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FLUDARABINA 50 MG AMPOLLA	20	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MELFALAN 50 MG FRASCO AMPOLLA	60	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

9	Renglón 9	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 **2020**

Pag. : 4 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000024

2020

Número

Año

Expediente 2915-010831/2020

Emission 02/10/2020

P. P. : 2020-00001058

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

Item N°1	MESNA 200 MG AMPOLLA	1000	Unidad	
----------	----------------------	------	--------	--

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MITOXANTRONA 20 MG FRASCO AMPOLLA	35	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLERIXAFOR 20 MG/ML FRASCO AMPOLLA	6	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

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. : 5 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000024

2020

Número

Año

Expediente 2915-010831/2020

Emission 02/10/2020

P. P. : 2020-00001058

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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.

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TACROLIMUS 5 MG/ML AMPOLLA X 1 ML	60	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RITUXIMAB 500 MG FRASCO AMPOLLA	6	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BEVACIZUMAB 400 MG FRASCO AMPOLLA	4	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. : 6 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2020-Pub-000024

2020

Número

Año

Expediente 2915-010831/2020

Emission 02/10/2020

P. P. : 2020-00001058

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE OCTUBRE DEL 2020**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincial 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 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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRETINOINA 10 MG CAPSULA	400	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Condiciones de Contratación:

Forma de Pago: 30 días fecha de presentación de factura.

Lugar de Entrega: Farmacia. Los remitos serán válidos solamente 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