



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 **MIERCOLES 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.

| 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 | |

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 / 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.

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 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.

| | | | | |
|----------|----------------------|------|--------|--|
| 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 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.

| 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