



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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AGUA DESTILADA SACHET X 500 ML	20000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BICARBONATO DE SODIO 1 M SACHET X 100 ML	3000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 10 % SACHET X 500 ML	1500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 25 % SACHET X 500 ML	300	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 100 ML	15000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 100 ML C/ ENVOLTORIO	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Con envoltorio. Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 3 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 250 ML	20000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 250 ML C/ ENVOLTORIO	200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Con envoltorio. Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 500 ML	20000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 4 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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.

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 500 ML C/ ENVOLTORIO	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Con envoltorio. Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GELATINA 4 % SACHET X 500 ML	2000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MANITOL 15 % SACHET X 500 ML	1500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

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. Calchaquí 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 5 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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.

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RINGER LACTATO SACHET X 500 ML	50000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyección que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION CARDIOPLEJICA P/INDUCCION C/POTASIO X 830 ML	150	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Con 60 mEq de potasio

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION CARDIOPLEJICA - PROTECTORA DE ORGANOS X 1000 ML	1000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

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 2019

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 6 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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.

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 1000 ML	3000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 1000 ML C/ ENVOLTORIO	3000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Con envoltorio. Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 100 ML	100000	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 7 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 100 ML C/ ENVOLTORIO	1000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Con envoltorio. Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 250 ML	50000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

21	Renglón 21	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 8 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit.
	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 250 ML C/ ENVOLTORIO	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Con envoltorio. Sistema cerrado con 2 sitios de inyección que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 500 ML	130000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyección que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 500 ML C/ ENVOLTORIO	1500	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 9 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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: Con envoltorio. Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION POLIELECTROLITICA ISOTONICA SACHET X 500 ML	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Debe poseer un pH de 7,4. Sistema cerrado que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUC.P/ DIÁLISIS PERITONEAL 2 % SACHET X 2000 ML	50	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

26	Renglón 26	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 10 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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	AGUA OXIGENADA 10 V ENVASE X 1000 ML	1500	Unidad	
----------	--------------------------------------	------	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALCOHOL 70 ° ENVASE X 1000 ML	8000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

28	Renglón 28	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALCOHOL 70 ° GEL X 250 ML C/DOSIFICADOR	8000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

29	Renglón 29	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 11 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emision 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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.

Item N°1	ALCOHOL 70 ° SPRAY X 800 ML	1000	Unidad	
----------	-----------------------------	------	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Repuesto de alcohol spray para dispenser de pared.

La empresa ganadora deberá proveer los dispenser que fueran necesarios, en concepto de comodato.

30	Renglón 30	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	CLORHEXIDINA 2 % SPRAY X 120 ML	1200	Unidad	
----------	---------------------------------	------	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

31	Renglón 31	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
----	------------	----------	--------------	--------------

Item N°1	CLORHEXIDINA 4 % JABON X 250 ML C/VALVULA DOSIFICADORA	15000	Unidad	
----------	---	-------	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 12 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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.

32	Renglón 32	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FORMOL 40% X 1L	30	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

33	Renglón 33	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IODOPOVIDONA 10 % SOLUCION X 250 ML C/VALVULA DOSIFICADORA	5000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

34	Renglón 34	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	IODOPOVIDONA 5 % JABON X 250 ML C/VALVULA DOSIFICADORA	1000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 13 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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.

35	Renglón 35	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	NITROFUZONA 0.2 % SOLUCION X 500 ML	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

36	Renglón 36	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VASELINA LIQUIDA ENVASE X 1000 ML	20	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

37	Renglón 37	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VASELINA SOLIDA ENVASE X 1 KG	800	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 14 / 14

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000032

2019

Número

Año

Expediente 2915-009709/2019

Emision 18/06/2019

P. P. : 2019-00000551

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE JULIO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

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.

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 12 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