



**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 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000037**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009735/2019

Emission 18/06/2019

P. P. : 2019-00000596

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 18 DE JULIO DEL 2019**

**HORA 10:00**

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.

| 1        | Renglón 1                             | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CATETER GUIA DE DIAMETROS PROGRESIVOS | 2        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 2        | Renglón 2                          | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CUERDA 0.014" X 205 CM HIDROFILICA | 10       | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:**

| 3        | Renglón 3                                      | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ESPIRAL DE PLATINO DE LIBERACION ELECTROLITICA | 150      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** A requerimiento del Hospital, según lo

\_\_\_\_\_

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 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000037**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009735/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000596

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 18 DE JULIO DEL 2019**

**HORA 10:00**

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.

consumido del Banco en consignación

**Observaciones:** Espiral de platino-tungsteno electrolargable, unidos a una guía portadora de acero inoxidable, con liberación por sistema electrolítico.  
Se solicita un banco de 20 unidades que deberá ser entregado al momento de recibir la orden de compra.

Consta de las siguientes medidas:

- \* Coil de 12mm, modelo 3D: 1 unidad
- \* Coil de 10mm, modelo 3D: 1 unidad
- \* Coil de 8mm, modelo 3D: 1 unidad
- \* Coil de 8mm, modelo Helical: 1 unidad
- \* Coil de 7mm, modelo 3D: 1 unidad
- \* Coil de 7mm, modelo Helical: 1 unidad
- \* Coil de 6mm, modelo 3D: 1 unidad
- \* Coil de 6mm, modelo Helical: 1 unidad
- \* Coil de 5mm, modelo 3D: 1 unidad
- \* Coil de 5mm, modelo Helical: 1 unidad
- \* Coil de 4mm, modelo 3D: 1 unidad
- \* Coil de 4mm, modelo Helical: 1 unidad
- \* Coil de 3mm, modelo 3D: 2 unidades
- \* Coil de 3mm, modelo Helical: 2 unidades
- \* Coil de 2mm, modelo Helical: 4 unidades

| 4        | Renglón 4                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MICROBALON DESPRENDIBLE N°1 | 2        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 5        | Renglón 5                    | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MICROBALON DESPRENDIBLE N° 2 | 2        | 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. : 3 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000037**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009735/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000596

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 18 DE JULIO DEL 2019**

**HORA 10:00**

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% Inmediato

**Observaciones:**

| 6        | Renglón 6                    | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MICROBALON DESPRENDIBLE N° 3 | 2        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 7        | Renglón 7                                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MICROCATETER DE NAVEGACIÓN POR FLUJO 1.2 FR | 2        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 8        | Renglón 8                                   | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MICROCATETER DE NAVEGACION POR FLUJO 1.8 FR | 2        | 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. : 4 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000037**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009735/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000596

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 18 DE JULIO DEL 2019**

**HORA 10:00**

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% Inmediato

**Observaciones:**

| 9        | Renglón 9                                    | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MICROCATETER DE NAVEGACION POR FLUJO 3FR/2FR | 4        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 50% Inmediato y 50% a 60 días

**Observaciones:** Microcatéter de navegación 3/2Fr para microbalon

| 10       | Renglón 10                                 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MICROCATETER DE NAVEGACIÓN POR FUJO 1.5 FR | 2        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 11 | Renglón 11 | 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. : 5 / 5

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000037**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009735/2019

Emisión 18/06/2019

P. P. : 2019-00000596

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 18 DE JULIO DEL 2019**

**HORA 10:00**

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.

|          |                                       |   |        |  |
|----------|---------------------------------------|---|--------|--|
| Item N°1 | SET MICROCATETER FLUJO<br>DEPENDIENTE | 1 | Unidad |  |
|----------|---------------------------------------|---|--------|--|

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 12       | Renglón 12                            | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | STENT AUTOEXPANDIBLE<br>NEUROVASCULAR | 1        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Stent autoexpandible neurovascular de celdas abiertas

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 días 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 08:00 a 14:00 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