



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 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000014

2019

Número

Año

Expediente 2915-009493/2019

Emission 28/02/2019

P. P. : 2019-00000153

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 18 DE MARZO DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **10.800,00**

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	DEXTROSA 25 % SACHET X 500 ML	50	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 100 ML	2500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 100 ML DOBLE PICO	200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

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 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000014

2019

Número

Año

Expediente 2915-009493/2019

Emission 28/02/2019

P. P. : 2019-00000153

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 18 DE MARZO DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **10.800,00**

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 5 % SACHET X 250 ML	4000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 500 ML	4000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DEXTROSA 5 % SACHET X 500 ML DOBLE PICO	150	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

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 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000014

2019

Número

Año

Expediente 2915-009493/2019

Emisión 28/02/2019

P. P. : 2019-00000153

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 18 DE MARZO DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **10.800,00**

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.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	GELATINA 4 % SACHET X 500 ML	300	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MANITOL 15 % SACHET X 500 ML	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RINGER LACTATO SACHET X 500 ML	10000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

10	Renglón 10	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. : 4 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000014

2019

Número

Año

Expediente 2915-009493/2019

Emission 28/02/2019

P. P. : 2019-00000153

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 18 DE MARZO DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **10.800,00**

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	SOLUCION CARDIOPLEJICA - PROTECTORA DE ORGANOS X 1000 ML	400	Unidad	
----------	-------------------------------------------------------------	-----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 1000 ML	1500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 100 ML	20000	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. : 5 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000014

2019

Número

Año

Expediente 2915-009493/2019

Emisión 28/02/2019

P. P. : 2019-00000153

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 18 DE MARZO DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **10.800,00**

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.

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 100 ML DOBLE PICO	400	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 250 ML	15000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 250 ML DOBLE PICO	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 6 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000014

2019

Número

Año

Expediente 2915-009493/2019

Emisión 28/02/2019

P. P. : 2019-00000153

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 18 DE MARZO DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **10.800,00**

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% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLOGICA 0.9 % SACHET X 500 ML	30000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SOLUCION FISIOLOGICA 0.9 % SACHET X 500 ML DOBLE PICO	600	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: CON ENVOLTORIO

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. : 7 / 7

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000014

2019

Número

Año

Expediente 2915-009493/2019

Emission 28/02/2019

P. P. : 2019-00000153

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 18 DE MARZO DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle:

Valor del Pliego **10.800,00**

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 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