



**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 **2022**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000123**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013194/2022

Emission 01/06/2022

P. P. : 2022-00000764

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 06 DE JUNIO DEL 2022**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Ortopedia y Traumatología**

Detalle: RODRIGUEZ CAROLINA SOLEDAD

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

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 | SISTEMA DE FIJACION VIA POSTERIOR<br>15 NIVELES | 1        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** A confirmar, según fecha de cirugía

**Observaciones:**

SISTEMA DE CORRECCION DE ESCOLISIS POR VIA POSTERIOR EN TITANIO, OPCION DE BARRAS DE CROMO COBALTO, GANCHERA COMPLETA, SISTEMA DE CORRECCION POR GRIFADO CORONAL, DERROTACION DE BARRA Y VERTEBRAL, TORNILLOS POLIAXIALES Y MONOAXIALES. CON AOPCION DE DERROTACION VERTEBRAL PARA 15 NIVELES. SET DE DESCARTABLES.

| 2        | Renglón 2      | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SUSTITUTO OSEO | 1        | Litro        |              |

**Plazo de Entrega:** A confirmar, según fecha de cirugía

**Observaciones:**

**Condiciones de Contratacion:**

Forma de Pago: 30 dias fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: ESTERILIZACION . Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de ESTERILIZACION , Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 14 HRS .

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