



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-000139

2022

Número

Año

Expediente 2915-013229/2022

Emision 14/06/2022

P. P. : 2022-00000768

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 21 DE JUNIO DEL 2022**

HORA 10:00

ASUNTO **Serv. Ortopedia y Traumatología**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: DOMINGUEZ BRUNO

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 15 NIVELES	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: SISTEMA DE CORRECCION DE ESCOLIOSIS POR VIA POSTERIOR EN TITANIO CON OPCION DE BARRAS DE CROMO COBALTO, SET DE GANCHOS COMPLETO CON Y SIN OFSET. TORNILLOS MONO Y POLIAXIALES EN MEDIDAS DESDE 4MM X 25MM HASTA 7 X 50, SISTEMA DE CORRECCION POR COMPRESION GRIFADO SAGISTAL Y CORONAL Y TRASLACION DE BARRA. TUBOS PARA DERROTACION VERTEBRAL Y DISPOSITIVOS DE UNION TRANSVERSAL PARA 15 NIVELES. DRILL EN ALQUILER + DESCARTABLES.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOSIS DE SUSTITUTO OSEO	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: DOSISS DE SUSTITUTO OSEO SINTETICO DE 40CC.

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