



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 **2020**

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000144

2020

Número

Año

Expediente 2915-011137/2020

Emision 26/11/2020

P. P. : 2020-00001454

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 03 DE DICIEMBRE DEL 2020**

HORA 11:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: MEDINA BRENA

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 FIJACIÓN VIA POSTERIOR	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 OFFSET, TORNILLOS MONO Y POLIAXIALES EN MEDIDAS DESDE 4MM X 25MM HASTA 7 X 50, SISTEMA DE CORRECCION POR COMPRESION, DISTRACCION, GRIFADO (SAGILTA Y CORONAL) Y TRASLACION DE BARRA. TUBOS PARA DERROTACION VERTEBRAL Y DISPOSITIVOS DE UNION TRANSVERSAL PARA 16 NIVELES. SET DE DESCARTABLES Y DRILL.

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:

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Esterilización. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Esterilización, Avenida Calchaqui 5401 de 08:00 a 14:00.

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 **2020**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000144

2020

Número

Año

Expediente 2915-011137/2020

Emission 26/11/2020

P. P. : 2020-00001454

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 03 DE DICIEMBRE DEL 2020**

HORA 11:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: MEDINA BRENA

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.

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