



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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000145

2019

Número

Año

Expediente 2915-009887-2019

Emision 13/09/2019

P. P. : 2019-00000880

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 25 DE SETIEMBRE DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: TELLO OSCAR DNI 29561095

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 | PRÓTESIS ATM CON SISTEMA DE FIJACIÓN | 2 | Unidad | |

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: 2 PRÓTESIS ATM CON CAVIDAD GLENOIDEA Y SISTEMA DE FIJACIÓN.

1 DISTRACTOR MONOPLANAR DE RAMA MANDIBULAR.

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

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: 2 SUSTITUTOS OSEOS.

| 3 | Renglón 3 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TORNILLOS IMF | 6 | 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. : 2 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000145

2019

Número

Año

Expediente 2915-009887-2019

Emision 13/09/2019

P. P. : 2019-00000880

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 25 DE SETIEMBRE DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: TELLO OSCAR DNI 29561095

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.

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: 6 TORNILLOS DE BLOQUEO IMF.

| 4 | Renglón 4 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | MODELO ESTEREOLITOGRAFICO | 1 | Unidad | |

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: 1 MODELO ESTEREOLITOGRAFICO.

| 5 | Renglón 5 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | ALQUILER OSTEOTOMO PIEZOELECTRICO | 1 | Unidad | |

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: 1 OSTEÓTOMO PIEZO-ELÉCTRICO A PRÉSTAMO.

Confecionó

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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000145

2019

Número

Año

Expediente 2915-009887-2019

Emision 13/09/2019

P. P. : 2019-00000880

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 25 DE SETIEMBRE DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: TELLO OSCAR DNI 29561095

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.

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 19 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