



**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 **2021**

Pag. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000163**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-012180/2021

Emision 04/10/2021

P. P. : 2021-00001335

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 07 DE OCTUBRE DEL 2021**

**HORA 13:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: RECALDE GIMENEZ SAMI FLORENCIA

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 MEDIDAS DESDE 4MM X 25MM HASTA 7 X 50.

SISTEMA DE CORRECCION POR COMPRESION DISTRACCION GRIFADO (SAGITAL Y CORONAL) Y TRASLACION DE BARRA. TUBOS PARA DERROTACION VERTEBRAL Y DISPOSITIVOS DE UNION TRANSVERSAL PARA 15 NIVELES.DRILL A PRESTAMO

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:**

1 DOSIS DE SUSTITUTO OSEO

\_\_\_\_\_  
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 **2021**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000163**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-012180/2021

Emission 04/10/2021

P. P. : 2021-00001335

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 07 DE OCTUBRE DEL 2021**

**HORA 13:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: **RECALDE GIMENEZ SAMI FLORENCIA**

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 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

Impreso Por: megarcia