



**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**

Contratación Directa

**2020-Cont-000026**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010304/2020

Emisión 09/03/2020

P. P. : 2020-00000178

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE MARZO DEL 2020**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: JIMENEZ PEDRO LEONARDO DNI 32005650

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 deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SET DE PROTESIS TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA	1	Unidad	

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

**Observaciones:** PROTESIS TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA, CABEZA CERAMICA POLIETILENO 32,36 MM.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SET DE PROTESIS TOTAL DE CADERA CEMENTADA	1	Unidad	

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

**Observaciones:** OPCIÓN CEMENTADA TOTAL.  
SET DE COLOCACIÓN Y MATERIALES ESTERILES.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOSIS DE CEMENTO OSEO	1	Unidad	

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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 **2020**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000026**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010304/2020

Emission 09/03/2020

P. P. : 2020-00000178

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 12 DE MARZO DEL 2020**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: JIMENEZ PEDRO LEONARDO DNI 32005650

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:** CEMENTO CON ATB.  
IOBAN HEMOSUCTOR.

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 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