



**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 **2024**

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Contratacion Directa	
<b>2024-Cont-000270</b>	<b>2024</b>
Número	Año

Expediente 0215-016467/2024

Emission 11/9/2024

P. P. : 2024-00001923

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 16 DE SETIEMBRE DEL 2024**

ASUNTO **Serv. Ortopedia y Traumatología**

Detalle: FERRARI IGNACIO WALTER

Comentarios:

**HORA 10:00**

Valor del Pliego **0,00**

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 PARA CORRECCION DE ESCOLIOSIS EN TITANIO DE 12 NIVELES	1	Unidad	

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

**Observaciones:** Sistema de correccion de escoliosis por via posterior, en Titanio, con opción de barras de cromo cobalto, set de ganchos completo con y sin offset, tornillos mono y poliaxiales en medidas desde 4 mm x 25mm hasta 7 x 50, sistema de corrección por compresión, distracción, grifado (sagital y coronal) y traslación de barra. Tubos para derrotacion vertebral. y dispositivos de union transversal para 12 niveles. Tornillos iliacos conectores

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:** DOSIS DE SUSTITUTO OSEO , DRILL SET DE DESCARTABLES

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Esterilización. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Esterilización, 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