



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 **2022**

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2022-Cont-000295

2022

Número

Año

Expediente 2915-014070/2022

Emision 28/12/2022

P. P. : 2022-00001815

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 03 DE ENERO DEL 2023**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. Ortopedia y Traumatología**

Detalle: VOCAL MIRANDA SOFIA DNI:48836585

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 CORRECCION DE ESCOLIOSIS POR VIA POSTERIOR PARA 14 NIVELES	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: SIETSMA DE CORRECCION DE ECOLIOSIS 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 DE 4 MM X 25MM HASTA 7X50, SISTEMA DE CORRECCION POR COMPRESION, DIRECCION, GRIFADO (SAGITAL Y CORONAL) TRASLACION DE BARRA. TUBOS PARA DERROTACION VERTEBRAL Y DISPOSITIVOS DE UNION TRANVERSAL PARA 14 NIVELES SET DE DECARTABLE

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 A PRESTAMO

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 días 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