



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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009575/2019

Emision 21/03/2019

P. P. : 2019-00000289

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 29 DE MARZO DEL 2019**

HORA 11:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: Rios Camacho Ruth Liliana DNI 95438330

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	DISTRACTOR UNIVECTORIAL DE CUERPO MANDIBULAR	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: DISTRACTOR MONOPLANAR DE CUERPO MANDIBULAR

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DISTRACTOR UNIVECTORIAL DE RAMA MANDIBULAR	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: DISTRACTOR MONOPLANAR DE RAMA MANDIBULAR

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOSIS DE SUSTITUTO OSEO	2	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: SUSTITUTOS OSEOS

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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009575/2019

Emission 21/03/2019

P. P. : 2019-00000289

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 29 DE MARZO DEL 2019**

HORA 11:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: Rios Camacho Ruth Liliana DNI 95438330

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.

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

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: MODELO ESTEREOLITOGRAFICO

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALQUILER BISTURI-PIEZA ELECTRICA	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: BISTURI PIEZO- ELECTRICO

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: ESTERILIZACION. Los remitos serán válidos solamente 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