



**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 **2023**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2023-Cont-000056**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-014270/2023

Emission 09/03/2023

P. P. : 2023-00000349

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 14 DE MARZO DEL 2023**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Serv. Ortopedia y Traumatología**

Detalle: VERA TORRES BRIAN 52996173

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:**

SISTEMA DE CORRECCION DE ESCOLIOSIS POR VIA POSTERIOR PEDIATRICO, ACCIPITOCERVICAL, TITANIO. CON OPCION DE BARRAS DE CROMO COBALTO. SET DE GANCHOS COMPLETO CON Y SIN OFFSET, TORNILLOS MONO Y POLIAXIALES EN TODAS SUS MEDIDAS, SISTEMAS DE CORRECCION POR COMPRESION, DISTRACCION, GRIFADO (SAGISTAL Y CORONAL) Y TRASLACION DE BARRA. DISPOSITIVOS DE UNION TRANSVERSAL PARA 14 NIVELES, DRILL, DESCARTABLES.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SUSTITUTO OSEO	1	Litro	

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

**Observaciones:**

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