



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-000079

2023

Número

Año

Expediente 2915-014470/2023

Emission 19/04/2023

P. P. : 2023-00000568

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 24 DE ABRIL DEL 2023**

HORA 09:00

ASUNTO **Serv. Ortopedia y Traumatología**

Detalle: VIVAS ANDREA MICAELA DNI:43913955

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, en Titanio, con opcion de barras de cromo cobalto, set de ganchos completo con y sin offset, tornillos mono y poliaxiales en medidas desde 4mm x 25mm hasta 7 x 50, sistema de correccion por compresion, distraccion, grifado (sagital y coronal) y traslacion de barra. Tubos para derrotacion vertebral. y dispositivos de union transversal para 14 niveles.
 STE DE DESCARTABLE SY DRILL

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 30CC

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