



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 **2020**

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000084

2020

Número

Año

Expediente 2915-010764/2020

Emision 11/08/2020

P. P. : 2020-00000917

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 18 DE AGOSTO DEL 2020**

HORA 10:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: GONZALEZ CARLOS FABIAN DNI 92680347

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	SET DE ARTRODESIS	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: SET DE TORNILLOS Y BARRAS PARA ARTRODESIS LUMBAR PARA 4 NIVELES.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MESH TITANIO LUMBAR	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: MESH LUMBAR Y PLACA.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ALQUILER DE EQUIPO DRILL	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: DRILL DE ALTA VELOCIDAD CON FRESAS DIAMANTADAS Y COMEDORAS.

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2020**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000084

2020

Número

Año

Expediente 2915-010764/2020

Emission 11/08/2020

P. P. : 2020-00000917

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 18 DE AGOSTO DEL 2020**

HORA 10:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: GONZALEZ CARLOS FABIAN DNI 92680347

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.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Gestión de Pacientes. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Gestión de Pacientes, Avenida Calchaqui 5401 de 08:00 a 16:00.

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