



**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 **2018**

Pag. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000019**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008350/2018

Emission 06/02/2018

P. P. : 2018-00000171

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 19 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Dir. de Servicios Técnico Asistencial**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: Ruiz Gladys Veronica

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 FIJACION ESPINAL POSTERIOR DE TITANIO	1	Unidad	

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

**Observaciones:**

1 Sistema de fijacion posterior de titanio con tornillos pediculares de reduccion y tornillos pelvicos,barras y conectores para 4 niveles

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CELDA INTERSOMATICA PARA TLIF	1	Unidad	

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

**Observaciones:**

CAJA intersomatica TLIF

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

\_\_\_\_\_  
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 **2018**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000019**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008350/2018

Emission 06/02/2018

P. P. : 2018-00000171

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 19 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Dir. de Servicios Técnico Asistencial**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: Ruiz Gladys Veronica

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.

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

**Observaciones:**

1 Dosis de Sustituto óseo

HEMOSUCTOR

DOCUMENTACION QUE DEBEN PRESENTAR LAS EMPRESAS(ASISTENCIA TÉCNICA) PARA INGRESAR AL HEC:

- NOMINA DE PERSONAL DE LA EMPRESA
- COPIA DE DNI .
- CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN A AFIP.
- SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO.
- SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL.
- CERTIFICADO DE COBERTURA DE ART CON CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN A FAVOR DEL HOSPITAL (CON NÓMINA DEL PERSONAL).

**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 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