



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-000001

2018

Número

Año

Expediente 2915-008272/2017

Emission 11/01/2018

P. P. : 2017-00001647

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 22 DE ENERO DEL 2018**

HORA 10:00

ASUNTO **Dir. de Servicios Técnico Asistencial**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: PTE FERNANDEZ AVELINA

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	PROTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE CADERA	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones:

PROTESIS TOTAL DE CADERA HIBRIDA IMPORTADA SUPERFICIE CERAMICA POLIETILENO

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANILLO DE REFUERZO	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones:

ANILLO DE REFUERZO ACETABULAR GANZ

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MALLA DE REFUERZO ACETABULAR	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-000001

2018

Número

Año

Expediente 2915-008272/2017

Emission 11/01/2018

P. P. : 2017-00001647

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 22 DE ENERO DEL 2018**

HORA 10:00

ASUNTO **Dir. de Servicios Técnico Asistencial**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: PTE FERNANDEZ AVELINA

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:

ASISTENCIA TECNICA. PARA LA MISMA DEBERAN PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION AL 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 sólo 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