



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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratación Directa

2018-Cont-000044

2018

Número

Año

Expediente 2915-008538/2018

Emisión 13/04/2018

P. P. : 2018-00000411

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 24 DE ABRIL DEL 2018**

HORA 09:00

ASUNTO **Dir. Médica y de Cuidados Asistenciales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: PTE. QUELIN ACOSTA HECTOR

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLACA Y TORNILLOS DE TITANIO	8	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: PLACA DE TITANIO 1,5 CON SUS RESPECTIVOS TORNILLOS

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MALLA PARA PISO DE ORBITA	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: PISO ORBITARIO CONFECCIONADO CAD CAM

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	MODELO 3D DE TERCIO MEDIO FACIAL	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones:

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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000044

2018

Número

Año

Expediente 2915-008538/2018

Emission 13/04/2018

P. P. : 2018-00000411

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 24 DE ABRIL DEL 2018**

HORA 09:00

ASUNTO **Dir. Médica y de Cuidados Asistenciales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: PTE. QUELIN ACOSTA HECTOR

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.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DOSIS DE SUSTITUTO OSEO	2	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones:

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PIEZA DE POLIETILENO POROSO DE COMPENSACION VOLUMETRICA	2	Unidad	

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.

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. : 3 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000044

2018

Número

Año

Expediente 2915-008538/2018

Emission 13/04/2018

P. P. : 2018-00000411

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 24 DE ABRIL DEL 2018**

HORA 09:00

ASUNTO **Dir. Médica y de Cuidados Asistenciales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: PTE. QUELIN ACOSTA HECTOR

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.

- 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