



**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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2019-Cont-000138**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009884/2019

Emision 30/08/2019

P. P. : 2019-00000877

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 11 DE SETIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: ACEVEDO VELAZQUEZ CAMILA SOLEDAD DNI 95429224or 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 CORRECCIÓN PARA ESCOLIOSIS DE 13 NIVELES	1	Unidad	

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

**Observaciones:** 1 SISTEMA DE CORRECCIÓN DE ESCOLIOSIS POR VIA POSTERIOR EN TITANIO, OPCIÓN DE BARRAS CROMO COBALTO, GANCHERA COMPLETA, SISTEMA DE CORRECCIÓN POR GRIFADO CORONAL, DERROTACIÓN DE BARRA Y VERTEBRAL, TORNILLOS POLIAXIALES Y MONOAXIALES, PARA 13 NIVELES.

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:** 1 DOSIS DE SUSTITUTO OSEO SINTÉTICO.  
1 SET DE DESCARTABLES.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Esterilizacion. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Esterilizacion, Avenida Calchaqui 5401 de 08 a 19hs..

Este establecimiento no se hará cargo por gastos adicionales.

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2019-Cont-000138**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009884/2019

Emission 30/08/2019

P. P. : 2019-00000877

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 11 DE SETIEMBRE DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: ACEVEDO VELAZQUEZ CAMILA SOLEDAD DNI 95429224or 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.

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