



**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 **2024**

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Contratacion Directa	
<b>2024-Cont-000249</b>	<b>2024</b>
Número	Año

Expediente 2915-016386/2024

Emission 22/08/2024  
 P. P. : 2024-00001800

PRESENTACION DE OFERTAS

ASUNTO **Serv. Ortopedia y Traumatología**

Detalle: PISTACHI THIAGO HC: 48708331

Comentarios:

**HORA 00:00**

Valor del Pliego **0,00**

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 VIA POSTERIOR 16 NIVELES	1	Unidad	

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

**Observaciones:** Sistema de correccion de escoliosis por via posterior, con opcion de barras de cromo cobalto, set de ganchos completo con y sin offset, tornillos mono y poliaxiales y reduccion en medidas desde 4mm x 25mm hasta 7 x 50, tornillos iliacos, para 16 niveles , sistema de correccion por compresion, distraccion, grifado (sagital y coronal) y traslacion de barra. Tubos para derrotacion vertebral. y dispositivos de union transversal . Conector// + DTT, domino +conector //, conector iliaco /, halo traccion.  
 DRILL A PRESTAMO / SET DE DESCARTABLES.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SUSTITUTO OSEO	1	Litro	

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

**Observaciones:** SUSTITUTO OSEO

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF 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 14.

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