



**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 **2023**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2023-Priv-000067**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-015367/2023

Emission 30/10/2023

P. P. : 2023-00001891

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 08 DE NOVIEMBRE DEL 2023**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Serv. Ortopedia y Traumatología**

Detalle: RAMOS AGOSTINA FRANCESCA

Valor 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 FIJACION VIA POSTERIOR 14 NIVELES	1	Unidad	

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

**Observaciones:** Sistema de correccion de escoliosis por via posterior, en Titanio, con opcion de barras de cromo cobalto, set de ganchos completo con y sin offset, tornillos mono y poliaxiales en medidas desde 4mm x 25mm hasta 7 x 50, sistema de correccion por compresion, distraccion, grifado (sagital y coronal) y traslacion de barra. Tubos para derrotacion vertebral. y dispositivos de union transversal para 14 niveles.

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

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

**Observaciones:**

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: SERVICIO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de SERVICIO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA, Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 13 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