



**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 **2020**

Pag. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2020-Priv-000014**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010347/2020

Emisión 11/03/2020

P. P. : 2020-00000291

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 20 DE MARZO DEL 2020**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: SISTEMA DE CORRECCIÓN DE ESCOLIOSIS

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 CORRECCION DE COLUMNA VERTEBRAL	1	Unidad	

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

**Observaciones:** PACIENTE COSSI NELLY ROSA DNI 37885467

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

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SISTEMA DE CORRECCION DE COLUMNA VERTEBRAL	2	Unidad	

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

**Observaciones:** PACIENTE CHAMAS BRENDA SOLEDAD DNI 33335242

SISTEMA DE CORRECCIÓN DE ESCOLIOSIS POR VIA POSTERIOR EN TITANIO, CON OPCIÓN DE BARRAS DE CROMO COBALTO, SET DE GANCHOS COMPLETO CON Y SIN OFFSET, TORNILLOS MONO Y POLIAXIALES EN MEDIDAS DESDE 4MM x 25 MM HASTA 7x50, SISTEMA DE CORRECCIÓN POR COMPRESIÓN, DISTRACCIÓN, GRIFADO (SAGITAL Y CORONAL) Y TRASLACIÓN DE BARRA. TUBOS PARA DERROTACIÓN

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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 **2020**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2020-Priv-000014**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010347/2020

Emisión 11/03/2020

P. P. : 2020-00000291

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 20 DE MARZO DEL 2020**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: SISTEMA DE CORRECCIÓN DE ESCOLIOSIS

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 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.

VERTEBRAL Y DISPOSITIVOS DE UNIÓN TRANSVERSAL PARA 14 NIVELES. 1 SET DE DESCARTABLES.

PACIENTE GIMENEZ MIGUEL JAVIER DNI 38530511  
SISTEMA DE CORRECCIÓN DE ESCOLIOSIS POR VIA POSTERIOR EN TITANIO, OPCIÓN DE BARRAS DE CROMO COBALTO. GANCHERA COMPLETA, SISTEMA DE CORRECCIÓN POR GRIFADO CORONAL, DERROTACIÓN DE BARRA Y VERTEBRAL, TORNILLOS POLIAXIALES Y MONOAXIALES, PARA 14 NIVELES. 1 SET DE DESCARTABLES.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CAJAS DE PEEK	1	Unidad	

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

**Observaciones:** PACIENTE COSSI NELLY ROSA DNI 37885467  
1 SISTEMA DE CAJA- JAULA EXPANSIBLE PARA VIA ANTERIOR LUMBAR EN TITANIO O MESH CON CAPACIDAD DE FIJACIÓN A HUESO CON TORNILLOS O DISPOSITIVO SIMILAR.

Condiciones de Contratación:

Forma de Pago: 30 días fecha de presentación de factura.

Lugar de Entrega: Esterilización. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Esterilización, Avenida Calchaqui 5401 de 9 a 14 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.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello