



**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 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000154**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009161/2018

Emission 16/01/2019

P. P. : 2018-00001120

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 25 DE ENERO DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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	JABÓN ESPUMA	800	Litro	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Jabón espuma hipoalergenico x 800 ml con PH dérmico, humectante y emoliente tipo JL4 o similar.-

El insumo solicitado es para los servicios de UTIA I,UTIA II,UCO I,UCO II,RCV,UCIP,UCIA PA, UCIA PB, SAPC.-

Lo solicitado es para el 1| semestre del Año 2019.-

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: SERVICIOS GENERALES. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de SERVICIOS GENERALES, 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