



**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 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**  
 Contratacion Directa

**2024-Cont-000333**      **2024**

Número                      Año

Expediente 2915-016560/2024

Emision 15/11/2024

P. P. : 2024-00002119

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 21 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Compras**

Detalle: SERVICIO DE TRASLADO DE AMBULANCIAS

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	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE TERAPIA INTENSIVA MÓVIL DE ÚLTIMA GENERACIÓN CON MÉDICO	15	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Viaje hasta 20 Km.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE TERAPIA INTENSIVA MÓVIL DE ÚLTIMA GENERACIÓN CON MÉDICO	10	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Viaje de 20 a 35 Km.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE TERAPIA INTENSIVA MÓVIL DE ÚLTIMA GENERACIÓN CON MÉDICO	5	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Viaje de 36 a 45 Km.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE TERAPIA INTENSIVA MÓVIL DE ÚLTIMA GENERACIÓN CON MÉDICO	5	Kilómetro	

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

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 **2024**

Pag. : 2 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000333**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016560/2024

Emission 15/11/2024

P. P. : 2024-00002119

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 21 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Compras**

Detalle: SERVICIO DE TRASLADO DE AMBULANCIAS

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.

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

**Observaciones:** Viaje de 46 a 60 Km.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KILOMETRO ADICIONAL TRASLADO SANITARIO TERRESTRE	65	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Kilometro adicional para Traslado Terrestre de Terapia intensiva Movil de Ultima Generacion con Medico

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HORA DE ESPERA TRASLADO SANITARIO TERRESTRE	65	Hora	

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

**Observaciones:** Hora adicional para Traslado Terrestre de Terapia intensiva Movil de Ultima Generacion con Medico

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE ÚLTIMA GENERACIÓN SIN MÉDICO	15	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Viaje hasta 20 Km.

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE ÚLTIMA GENERACIÓN SIN MÉDICO	10	Kilómetro	

\_\_\_\_\_  
 Confeccionó

\_\_\_\_\_  
 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 **2024**

Pag. : 3 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000333**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016560/2024

Emission 15/11/2024

P. P. : 2024-00002119

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 21 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Compras**

Detalle: SERVICIO DE TRASLADO DE AMBULANCIAS

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.

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

**Observaciones:** Viaje de 20 a 35 Km.

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE ÚLTIMA GENERACIÓN SIN MÉDICO	5	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Viaje de 36 a 45 Km.

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE ÚLTIMA GENERACIÓN SIN MÉDICO	5	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Viaje de 46 a 60 Km.

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KILOMETRO ADICIONAL TRASLADO SANITARIO TERRESTRE	40	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Kilometro adicional para Traslado Terrestre de Ultima Generacion sin Medico

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HORA DE ESPERA TRASLADO			

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

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 **2024**

Pag. : 4 / 6

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Contratación Directa	
<b>2024-Cont-000333</b>	<b>2024</b>
Número	Año

Expediente 2915-016560/2024

Emission 15/11/2024

P. P. : 2024-00002119

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 21 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Compras**

Detalle: SERVICIO DE TRASLADO DE AMBULANCIAS

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.

SANITARIO TERRESTRE

40

Hora

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

**Observaciones:** Hora adicional para Traslado Terrestre de Ultima Generacion sin Medico

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE ÚLTIMA GENERACIÓN CON MÉDICO	10	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Viaje hasta 20 Km.

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE ÚLTIMA GENERACIÓN CON MÉDICO	6	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Viaje de 20 a 35 Km.

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE ÚLTIMA GENERACIÓN CON MÉDICO	5	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Viaje de 36 a 45 Km.

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

\_\_\_\_\_  
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 **2024**

Pag. : 5 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000333**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016560/2024

Emission 15/11/2024

P. P. : 2024-00002119

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 21 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Compras**

Detalle: SERVICIO DE TRASLADO DE AMBULANCIAS

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.

Item N°1	SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE DE ÚLTIMA GENERACIÓN CON MÉDICO	5	Kilómetro	
----------	--	---	-----------	--

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

**Observaciones:** Viaje de 46 a 60 Km.

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	KILOMETRO ADICIONAL TRASLADO SANITARIO TERRESTRE	40	Kilómetro	

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

**Observaciones:** Kilometro adicional para Traslado Terrestre de Ultima Generacion con Medico

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HORA DE ESPERA TRASLADO SANITARIO TERRESTRE	40	Hora	

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

**Observaciones:** Hora adicional para Traslado Terrestre de Ultima Generacion con Medico

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Gestion de Pacientes. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Gestion de Pacientes, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 16hs.

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 **2024**

Pag. : 6 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000333**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-016560/2024

Emission 15/11/2024

P. P. : 2024-00002119

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 21 DE NOVIEMBRE DEL 2024**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Compras**

Detalle: SERVICIO DE TRASLADO DE AMBULANCIAS

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.

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