



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 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000049

2020

Número

Año

Expediente 2915-010408/2020

Emision 28/04/2020

P. P. : 2020-00000257

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 05 DE MAYO DEL 2020**

HORA 11:00

ASUNTO **Área de Arquitectura**

Detalle: Obra Laboratorio

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios: Remodelación del Área de Hematología - Laboratorio Edificio 1B

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	OBRA DE REFORMA Y/O AMPLIACION	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 30 días

Observaciones: Obra de reforma a ejecutarse en dependencias del Laboratorio, ubicado en la planta alta del Edificio 1B. El alcance de los trabajos, descriptos en las especificaciones técnicas correspondientes, consiste en la remodelación de un sector del área de Hematología, para otorgarle mayor espacio para trabajo de los técnicos y para la incorporación de dos nuevos módulos auto analizadores de pie. La obra será del tipo denominada de entrega llave en mano. Deberá incluir todos los materiales, mano de obra, equipos y herramientas; así como las previsiones y dispositivos concernientes a Seguridad e Higiene en el Trabajo y las consideraciones y recomendaciones que formule al Servicio de Infectología del HEC.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Arquitectura. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Arquitectura, Avenida Calchaqui 5401 de 08:00 a 16:00.

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