



**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 **2021**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000056**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-012665/2022

Emision 07/03/2022

P. P. : 2022-00000066

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 11 DE MARZO DEL 2022**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Arquitectura**

Detalle: Servicio de consultoria de proyecto ejecutivo UTIA Nuevo 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	CONSULTORIA DE SERVICIOS DE ARQUITECTURA PARA LA ELABORACION DE PROYECTOS EJECUTIVOS	3	Mes	

**Plazo de Entrega:** 90 días

**Observaciones:** Servicio de consultoría de servicios profesionales para el desarrollo y confección del proyecto ejecutivo para la nueva Unidad de Cuidados Intensivos Adultos ubicada en el Edificio 3 A planta alta (ex Unidad de Cuidados Intermedios Adultos) y Edificio 3A planta baja (ex Unidad de cuidados intermedios pediátricos y Unidad de Terapia intensiva pediátrica 2).

La documentación que deberá entregar el Oferente estará en un todo de acuerdo a las especificaciones técnicas adjuntas.

PLAZO DE ENTREGA REQUERIDO: 90 DIAS.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Arquitectura. Los remitos serán válidos solamente 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