



**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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000021**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009518/2019

Emision 26/02/2019

P. P. : 2019-00000210

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 19 DE MARZO DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

Detalle:

Valor del Pliego **50.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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 LIMPIEZA	18	Unidad	

**Plazo de Entrega:** A requerimiento segun pliego

**Observaciones:** CONFORME ACTA DE INICIO.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE PARQUES Y JARDINES	18	Unidad	

**Plazo de Entrega:** A requerimiento segun pliego

**Observaciones:** CONFORME ACTA DE INICIO.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Área de Servicios Generales. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Área de Servicios Generales, Avenida Calchaqui 5401 de 09:00 a 13:00 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