



**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 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2024-Pub-000020**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-015763/2024

Emission 20/03/2024

P. P. : 2024-00000234

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 10 DE ABRIL DEL 2024**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Arquitectura Hospitalaria**

Detalle: Obra servicio de oncología y radioterapia

Valor del Pliego **1.752.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincial de 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	OBRA DE REFORMA Y/O AMPLIACION	1	Unidad	

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

**Observaciones:** Obra de reforma y/o ampliacion.

La misma alojara el nuevo servicio de oncología y radioterapia en un todo de acuerdo a las especificaciones tecnicas adjuntas.

Plazo de obra: 10 meses a partir de la Orden de Compra.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF 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