



**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 **2023**

Pag. : 1 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2023-Priv-000095**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-00015614/2023

Emision 20/12/2023

P. P. : 2023-00002382

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 02 DE ENERO DEL 2024**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

Valor del Pliego **0.00**

Detalle: AMBOS

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	AMBOS	250	Unidad	

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

**Observaciones:** Ambo de sanidad unisex bordado con logo color celeste.-

Talle XXXS cantidad 20

Talle XXS cantidad 30

Talle XS cantidad 30

Talle S cantidad 30

Talle M cantidad 30

Talle L cantidad 40

Talle XL cantidad 30

Talle XXL cantidad 30

Talle XXXL cantidad 10

Lo solicitado es para los distintos servicios del HEC.-

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMBOS	250	Unidad	

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

**Observaciones:** Ambo de sanidad unisex bordado con logo color azul marino.-

Talle XXXS cantidad 20

Talle XXS cantidad 30

Talle XS cantidad 40

Talle S cantidad 40

Talle M cantidad 40

Talle L cantidad 30

\_\_\_\_\_  
 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 **2023**

Pag. : 2 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2023-Priv-000095**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-00015614/2023

Emission 20/12/2023

P. P. : 2023-00002382

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 02 DE ENERO DEL 2024**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

**HORA 09:00**

Detalle: AMBOS

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.

Talle XL cantidad 20  
 Talle XXL cantidad 20  
 Talle XXXL cantidad 10  
 Lo solicitado es para los distintos servicios del HEC.-

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMBOS	250	Unidad	

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

**Observaciones:** Ambo de sanidad unisex bordado con logo color verde.-

Talle XXXS cantidad 20  
 Talle XXS cantidad 30  
 Talle XS cantidad 40  
 Talle S cantidad 40  
 Talle M cantidad 40  
 Talle L cantidad 30  
 Talle XL cantidad 20  
 Talle XXL cantidad 20  
 Talle XXXL cantidad 10  
 Lo solicitado es para los distintos servicios del HEC.-

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMBOS	240	Unidad	

\_\_\_\_\_  
 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 **2023**

Pag. : 3 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2023-Priv-000095**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-00015614/2023

Emission 20/12/2023

P. P. : 2023-00002382

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 02 DE ENERO DEL 2024**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

**HORA 09:00**

Detalle: AMBOS

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:** Ambo de sanidad unisex bordado con logo color gris.-

Talle XXXS cantidad 20

Talle XXS cantidad 30

Talle XS cantidad 40

Talle S cantidad 40

Talle M cantidad 40

Talle L cantidad 30

Talle XL cantidad 20

Talle XXL cantidad 20

Lo solicitado es para los distintos servicios del HEC.-

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMBOS	250	Unidad	

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

**Observaciones:** Ambo de sanidad unisex bordado con logo color rojo.-

Talle XXXS cantidad 20

Talle XXS cantidad 30

Talle XS cantidad 40

Talle S cantidad 40

Talle M cantidad 40

Talle L cantidad 30

Talle XL cantidad 20

Talle XXL cantidad 20

Talle XXXL cantidad 10

Lo solicitado es para los distintos servicios del HEC.-

\_\_\_\_\_  
 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 **2023**

Pag. : 4 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2023-Priv-000095**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-00015614/2023

Emission 20/12/2023

P. P. : 2023-00002382

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 02 DE ENERO DEL 2024**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

**HORA 09:00**

Detalle: AMBOS

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.

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMBOS	120	Unidad	

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

**Observaciones:** Ambo de sanidad unisex bordado con logo color negro.-

Talle S Cantidad 10

Talle M cantidad 20

Talle L cantidad 30

Talle XL cantidad 30

Talle XXI cantidad 30

Lo solicitado es para los distintos servicios del HEC.-

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Servicios generales. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicios generales, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 14 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