



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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2023-Cont-000157

2023

Número

Año

Expediente 2915-014906/2023

Emission 14/08/2023

P. P. : 2023-00001137

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 18 DE AGOSTO DEL 2023**

HORA 10:00

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

Detalle: GUARDA DE DOCUMENTACION

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	SERVICIO DE GUARDA DE DOCUMENTACION	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Provision de Transporte y Digitalización.-

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SERVICIO DE GUARDA DE DOCUMENTACION	5	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Servicio de Guarda de documentación.-
 Periodo de Agosto a Diciembre 2023.-
 Guarda mensual de 80 cajas.-
 Guarda de las imagenes.-
 Acceso via web, por usuario.-

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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2023-Cont-000157

2023

Número

Año

Expediente 2915-014906/2023

Emission 14/08/2023

P. P. : 2023-00001137

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 18 DE AGOSTO DEL 2023**

HORA 10:00

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

Detalle: GUARDA DE DOCUMENTACION

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.

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 16 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