



**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 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000085**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011857/2021

Emision 16/06/2021

P. P. : 2021-00000736

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 22 DE JUNIO DEL 2021**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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	392	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Ambo unisex con logo del hospital,color Celeste, talles XXS AL XXL.-

Medicos Varios.-

Codigo 440 o similar.-

Lo solicitado es para los diferentes servicios del HEC.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMBOS	501	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Ambo unisex con logo del hospital,color verde, talles XXS AL XXL.-

Personal técnico varios.-

Codigo 578 o similar.-

Lo solicitado es para los diferentes servicios del HEC.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMBOS	8	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 **2021**

Pag. : 2 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000085**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011857/2021

Emision 16/06/2021

P. P. : 2021-00000736

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 22 DE JUNIO DEL 2021**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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% Inmediato

**Observaciones:** Ambo unisex con logo del hospital,color celeste, talles XXXL AL XXXXL.-  
Personal medico varios.-  
Lo solicitado es para los diferentes servicios del HEC.

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	AMBOS	2	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Ambo unisex con logo del hospital,color verde, talle XXXXXXL AL Especial.-  
Lo solicitado es para los diferentes Servicios del HEC.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias 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 08 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

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello



**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 **2021**

Pag. : 3 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000085**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011857/2021

Emission 16/06/2021

P. P. : 2021-00000736

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 22 DE JUNIO DEL 2021**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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.

5401.

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello