



**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 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2021-Pub-000075**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-00012138/2021

Emisión 18/10/2021

P. P. : 2021-00001257

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 27 DE OCTUBRE DEL 2021**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Arquitectura**

Detalle: Remodelación y ampliación de buffet comedor público, espera de pacientes y estar de padres

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincia 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 deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter 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 ampliación a ejecutarse en el Edificio 2A sector Buffet comedor publico tanto en su planta PB como en PA y estar de familiares de las unidades de Terapia Intensiva pediátrica y Cuidados intermedios pediátricos.

Deberá incluir todos los materiales, mano de obra, equipos y herramientas, así como las provisiones y dispositivos concernientes a Seguridad e Higiene de trabajo, al igual que las consideraciones y recomendaciones que formule el servicio de Infectología del HEC.

En un todo de acuerdo al pliego de especificaciones técnicas particulares adjunto, elaborado por el área de Arquitectura Hospitalaria (ARHO) perteneciente a la Dirección de Infraestructura y Tecnología (DIT).

Condiciones de Contratación:

Forma de Pago: 30 días fecha de presentación de factura.

Lugar de Entrega: Área de Arquitectura. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Área de Arquitectura, 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

Impreso Por: daquilano