

NOMBRE DEL CONCURSANTE _____

FECHA _____

| Partida | Clave | Descripción | Unidad de Medida | Cantidad Mínima | Cantidad Máxima | Costo Unitario | LLENADO POR EL CONCURSANTE | | | Monto Máximo | |
|---------|---------|---|---|-----------------|-----------------|----------------|----------------------------|------------------------|--------------|--------------|--|
| | | | | | | | IVA (Si aplica) | Costo unitario mas IVA | Monto Mínimo | | |
| 1 | OXI-001 | OXIGENO HOSPITALARIO | M3 | 11,600 | 29,000 | | | | | | |
| 2 | OXI-002 | OXIGENO EN DOMICILIO DE LOS PACIENTES CON EQUIPO INCLUIDO | M3 | 40,000 | 100,000 | | | | | | |
| 3 | OXI-003 | CONCENTRADOR DE OXIGENO/ CPAP | DIA PACIENTE | 88,000 | 220,000 | | | | | | |
| 4 | OXI-004 | VENTILACION MECANICA | RENTA DIARIA POR PACIENTE | 36 | 90 | | | | | | |
| 5 | OXI-005 | DEWAR | SUMINISTRO DE OXIGENO HOSPITALARIO DE 130 M3 (EQUIPO) | 1 | 2 | | | | | | |
| 6 | OXI-006 | OXIGENO PORTATIL PARA AMBULANCIA 0.687M3, 1M3 Y 3M3 | M3 | 88 | 220 | | | | | | |
| 7 | OXI-007 | NITROGENO GRADO HOSPITALARIO | M3 | 36 | 90 | | | | | | |
| | | | | | | | SUBTOTAL | | | | |
| | | | | | | | IVA | | | | |
| | | | | | | | TOTAL | | | | |

Importe Total de la Propuesta Económica con Letras

(Son 00/100 M.N.)

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DE LA EMPRESA

