

**Hospital Clínico San Carlos**

**D./D<sup>a</sup>. MARIA LUISA DE LA CRUZ PORTOLÉS, REPRESENTANTE DEL SERVICIO DE CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA**

**CERTIFICA:**

Que en este Registro se han recibido a través del registro electrónico para el Expediente: **PAS 2024-7-443 "SUM.INST.Y P.FUNCIO.SIST.ELECTROFISIOLOGÍA VISUAL SERV.NEUROFISIOLOGÍA HCSC"** cuyo plazo de presentación finalizó el día 26 de noviembre de 2024, las

CIF	LICITADOR	FECHA ENTRADA	HORA ENTRADA	REGISTRO ENTRADA
B84070689	ALMEVAN, S.L.	22.11.2024	13:03:00	57/935686.9/24
B72898927	SOINDE NEURO SL	26.11.2024	13:35:00	67/010629.9/24

Y para que conste a los efectos oportunos, lo firmo el día 27 de noviembre de 2024.

Documento firmado digitalmente por:DE LA CRUZ PORTOLÉS MARIA LUISA  
Fecha:2024.11.27 08:34  
Verificación y validez por CSV: [REDACTED]  
La autenticidad de este documento se puede comprobar en  
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>