



**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 **2020**

Pag. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000126**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011041/2020

Emision 05/11/2020

P. P. : 2020-00001147

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 11 DE NOVIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

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	Servicio de esterilización por óxido de etileno	12	Mes	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Se solicita proceso de esterilizacion por ETO. El/los P.M. seran acondicionados en envoltorio e indicadores de proceso correspondiente al metodo(limpios y secos)por los tecnicos en Esterilizacion del HEC.

Se calculo el consumo en base a un tamaño de caja: 60cm x 40cm. en un promedio mensual de 15 cajas. Consumo anual 180 cajas.

Calculado para cubrir el periodo anual/2021(enero a diciembre/2021).

Los P.M. a procesar seran retirados del Hospital por personal de la empresa tercerista, del Servicio de Esterilizacion, en horario y dias a convenir.

El material procesado por la empresa, debera ser reintegrado al hospital dentro de las 72hs/96 hs de haber ingresado a la planta tercerista e iniciado su proceso de esterilizacion.

Los P.M. procesados, se entregaran en el Servicio de Esterilizacion en horario a convenirse segun protocolo de esterilizacion para cada partida de material procesado firmado por el/la Directora Tecnica.

La empresa tercerista, debera cumplir y presentar habilitaciones, normas, disposiciones y controles establecidos por norma legal vigente, a saber, entre otras:

\*Inscripcion y registro proveedores Pcia. de Buenos Aires en rubro Esterilizacion.

\*Habilitacion ley 10.606 Prov. de Buenos Aires.

\*A.N.M.A.T.

\*Reso. Mercosur GMC/2198

\*Reso. Mercosur 31/97

\*Habilitacion certificado Sistema de Gestion de la Calidad ISO 9101-2000.

Se consideraran en la evaluacion, aquellas empresas que tengan aparte de las habilitaciones mencionadas, las habilitaciones a nivel internacional EN 550(ETO).

Se procedera a realizar reclamos y/o a devolver a planta, P.M.s que no cuenten con la suficiente aireacion (de percibirse por irritacion ocular/mucosas), asumiendo la empresa el

\_\_\_\_\_  
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 **2020**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000126**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-011041/2020

Emission 05/11/2020

P. P. : 2020-00001147

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 11 DE NOVIEMBRE DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

Detalle:

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.

costo de perdida que implicaria este hecho para la institucion.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Esterilización. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Esterilización, Avenida Calchaqui 5401 de 08:00 a 14:00.

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