



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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2021-Cont-000222

2021

Número

Año

Expediente 2915-012446/2021

Emision 28/12/2021

P. P. : 2021-00001371

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 03 DE ENERO DEL 2022**

HORA 10:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: **TABLERO AUTOMATISMO ROTACION COMPRESORES CENTRALES PLANTA AIRE COMPRIMIDO CENTRAL**

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	TABLERO AUTOMATISMO PLANTA PRODUCTORA DE CENTRAL AIRE COMPRIMIDO MEDICINAL	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 30 días

Observaciones: PROVISION Y MONTAJE TABLERO ROTACION AUTOMATISMO PLANTAS PRODUCTORA DE AIRE COMPRIMIDO CENTRAL

Se contrata la fabricacion, provision y montaje de un tablero de rotacion automatica de funcionamiento seguro de los compresores centrales de aire de la planta productora central.

Se debera realizar la provision de acuerdo a planos unifilares y estructurales
Tablero Gabinete IP
Rele Inteligente PLC a proveer debera ser SCHNEIDER - ELECTRIC
Contactoras tetrapolares de potencia, interruptores termomagneticos y Relay seran SCHNEIDER o similar
I Corto Circuito 65 Kva
U nominal 1.000 Volts

La instalacion y montaje debera ser coordinada con el area de Ingenieria Hospitalaria - INHO

DOCUMENTACION A PRESENTAR PREVIO AL INGRESO AL HOSPITAL EL CRUCE - DR. NESTOR CARLOS KIRCHNER

1 - Nota con membrete de la empresa donde se indica la nomina de personal que va a

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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2021-Cont-000222

2021

Número

Año

Expediente 2915-012446/2021

Emision 28/12/2021

P. P. : 2021-00001371

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 03 DE ENERO DEL 2022**

HORA 10:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: **TABLERO AUTOMATISMO ROTACION COMPRESORES CENTRALES PLANTA AIRE COMPRIMIDO CENTRAL**

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.

- trabajar bajo responsabilidad exclusiva de la firma
- 2 - Fotocopia Alta de AFIP y DNI de cada una de las personas declaradas en 1.
- 3 - Póliza de ART, con cláusula de no repetición contra el Hospital, y del listado emitido por la aseguradora donde conste la nómina del personal asegurado.
- 4 - Póliza del Seguro de Vida Obligatorio y del listado emitido por la aseguradora donde conste la nómina del personal asegurado.
- 5 - Póliza de Accidentes Personales, para el caso de personal autónomo.
- 6 - Póliza del Seguro de Responsabilidad Civil de la empresa.
- 7 - Formulario Registro de entrega de elementos de protección personal a los trabajadores (Resolución 299/11), del personal declarado en 1.
- 8 - Procedimiento de trabajo seguro (PTS) con la descripción de las etapas de trabajo indicando los riesgos asociados y las medidas de seguridad correspondientes tanto para el hospital como para el personal que se encuentra realizando las tareas expuesto a agentes de riesgo
- 9 - Registro de capacitaciones en materia de Higiene y Seguridad del personal declarado en 1.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Ingenieria Hospitalaria. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Ingenieria Hospitalaria, 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 5401.

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello