



**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 **2022**

Pag. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000292**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-014051/2022

Emission 29/12/2022

P. P. : 2022-00001837

**PRESENTACION DE OFERTAS MIERCOLES 04 DE ENERO DEL 2023**

**HORA 10:00**

**ASUNTO Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: PROVISION Y MONTAJE DE 11 POLIDUCTOS DE CABECERA DE CAMA EN PEDIATRIA INTERMEDIA

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	POLIDUCTO	11	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 30 días

**Observaciones:** PROVISION y MONTAJE DE 11 POLIDUCTOS DE CABECERA DE CAMA.  
 SERVICIO DE UNIDAD INTERMEDIA INTERNACION DE PEDIATRIA

DIMENSIONES APROXIMADAS :

LARGO : 1200 mm

ANCHO : 120 mm

PROFUNDIDAD:120 mm

Perfileria standar de aluminio color blanco similar al existente.

Debera tener un riel de servicio porta monitores o soportes de bombas.

Cada poliducto debera contar 6 tomas dobles 220 volts sobre la linea superior

Cada poliducto debera contar 6 tomas dobles 220 volts sobre la linea inferior.

Los tomas 220 volts deberan ser normalizados segun IRAM, Linea Jeluz Verona, Blancos o similar

Instalados y funcionando bajo responsabilidad del proveedor

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 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.

\_\_\_\_\_  
 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 **2022**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000292**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-014051/2022

Emission 29/12/2022

P. P. : 2022-00001837

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 04 DE ENERO DEL 2023**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: PROVISION Y MONTAJE DE 11 POLIDUCTOS DE CABECERA DE CAMA EN PEDIATRIA INTERMEDIA

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.

- 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.

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello