



**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 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000096**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013027/2022

Emission 02/05/2022

P. P. : 2022-00000349

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 05 DE MAYO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: EQUIPO Y REPUESTOS TERMOMECANICA

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 90 días

**Observaciones:** PROVISION DE EQUIPO CENTRAL DE AIRE ACONDICIONADO

TIPO ROOF TOP

FRIO POR SISTEMA FRIGORIFICO FREON 410 A o similar

Calor por GAS NATURAL

CAPACIDAD NOMINAL 8 Toneladas Tr.

Compresores SCROLL

UNIDAD AUTOPORTANTE INTEGRAL

Construida en chapas galvanizadas aisladas termicamente

Fabricacion en base metalica UPN10

Montaje con Conductos aislados

Impermeablizacion y sellado de pases de loza

provision y montaje de termostato sensor del flujo de retorno

conexionado electrico 380 V - 50 Hz

Puesta en marcha

Incluye transporte, movimiento verical e izado

incluye desmonte de equipo original

Manuales de funcionamiento tecnicos y de usuarios

Destino : Sistema de climatizacion de pasillo de circulacion tecnica Planta Alta entre edificio 1 y edificio 4

Las Ofertas deberan estar acompañadas por el certificado de visita tecnica de la instalacion. Su omision sera causal de rechazo de la propuesta .

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

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
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 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000096**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013027/2022

Emision 02/05/2022

P. P. : 2022-00000349

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 05 DE MAYO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: EQUIPO Y REPUESTOS TERMOMECANICA

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.

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.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ATENUADOR DE SONIDO	8	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 90 días

**Observaciones:** ATENUADOR DE SONIDO  
PARA SISTEMAS DE AIRE ACONDICIONADO DE QUIROFANOS  
DESTINADOS A UNIDADES DE TRATAMIENTO DE AIRE

ATENUADOR DE SONIDO 15" x 15" Largo 84 " CLASE D

Con certificacion de ensayo en fabrica

Los oferentes deberan acompañar la oferta con catalogo, imagenes y datos tecnicos del producto ofrecido.

Las Ofertas deberan estar acompañadas por el certificado de visita tecnica de la instalacion.

\_\_\_\_\_  
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. : 3 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000096**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013027/2022

Emission 02/05/2022

P. P. : 2022-00000349

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 05 DE MAYO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: EQUIPO Y REPUESTOS TERMOMECHANICA

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.

Su omision sera causal de rechazo de la propuesta .

Condiciones de Contratacion:

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

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