



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 **2018**

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000068

2018

Número

Año

Expediente 2915-008591/2018

Emision 28/05/2018

P. P. : 2018-00000453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE JUNIO DEL 2018**

HORA 09:00

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	7	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 procesos correspondientes al metodo (limpios y secos), por el Htal.

Se calculo el consumo en base a un Tamaño de caja : 60cm x 40 cm x 40cm.Se calcula un promedio mensual de 15 cajas, con un consumo de 135 cajas en 9 meses de estimacion de consumo, calculado hasta el fin del periodo 2018.

Los P.M, a procesar, seran retirados del Htal por la empresa, que contara con vehiculos habilitados, adecuados y en perfecto estado, para su uso en el transporte de P.M hospitalarios.

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

El material procesado por la empresa, debera ser reintegrado al Htal, a las 72 hs/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 convenir junto con protocolo de esterilizacion para cada partida de material procesado, firmado por el o 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 Bs As en rubro Esterilizacion.; Habil. ley 10.606 Pcia Bs As; 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 que no cuenten con la

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 **2018**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000068

2018

Número

Año

Expediente 2915-008591/2018

Emission 28/05/2018

P. P. : 2018-00000453

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE JUNIO DEL 2018**

HORA 09:00

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.

suficiente aireacion (de percibirse por irritacion ocular / mucosas), asumiendo la empresa el 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: ESTERILIZACION. Los remitos serán válidos sólo si están firmados por el área de ESTERILIZACION, Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 13 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