



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**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2018-Priv-000051

2018

Número

Año

Expediente 2915-009134/2018

Emission 13/12/2018

P. P. : 2018-00001098

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 20 DE DICIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

HORA 09:00

Detalle: Alquiler Ami 2018

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	Alquiler de Grupo Electrogenero	12	Unidad	

Plazo de Entrega: A requerimiento segun pliego

Garantía: 1 Año

Observaciones: 12 Servicios por abono mensual de alquiler - unidad grupo electrogenero estacionario
Destinado al Centro Medico Consultorios AMI

Características :

Autonomo - Stand By - Automatico

Tension de entrega : 380 Volts

Frecuencia Electrica : 50 Hz

Potencia nominal : 70 KVA

Autonomia de combustible minima x 24 Hs a cargo del proveedor

Entregado en domicilio : Calle Dr. Sallares N° 274 Florencio Varela

Traslado, flete, instalacion, conexion, conservacion y responsabilidad con seguros sobre el equipo a cargo del proveedor.

Mantenimiento preventivo y correctivo a cargo del proveedor

Provision de combustible para funcionamiento 100 % a cargo de proveedor.

Asistencia tecnica a cargo del Proveedor

Capacitacion minima de 2 hs, al plantel tecnico del hospital a cargo del proveedor

PERIODO DE COBERTURA : 12 MESES

Son 12 Abonos mensuales

Se podra facturar contra mes vencido

Desde el 01 - ENERO - 2019 hasta 31 - Diciembre - 2019

DOCUMENTACION A PRESENTAR PREVIO AL INGRESO AL HOSPITAL EL CRUCE -

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 **2018**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2018-Priv-000051

2018

Número

Año

Expediente 2915-009134/2018

Emission 13/12/2018

P. P. : 2018-00001098

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 20 DE DICIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

HORA 09:00

Detalle: Alquiler Ami 2018

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.

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.
- 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.

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 8 a 16Hs..

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