



**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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 1 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000023**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009514/2019

Emision 07/03/2019

P. P. : 2019-00000206

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 26 DE MARZO DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle:

Valor del Pliego **50.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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 GESTION, OPERACION Y MANTENIMIENTO DEL RECURSO FISICO EDILICIO E INSTALACIONES	18	Unidad	

**Plazo de Entrega:** A requerimiento segun pliego

Garantia: 1 Año

**Observaciones:** Servicio de Gestion, Operacion y Mantenimiento del Recurso fisico edilicio e instalaciones del hospital

De acuerdo a pliego de especificaciones tecnicas particulares elaborado a tal efecto - RENGLON 1

Son 18 Abonos mensuales consecutivos

Se debera realizar visita tecnica obligatoria del edificio del hospital y sus instalaciones, para adjuntar certificado a las ofertas

La visita debera ser efectuada por profesionales acreditados Ingenieros / Arquitectos o apoderados de las empresas.

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.
- 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

\_\_\_\_\_  
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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 2 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2019-Pub-000023**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009514/2019

Emisión 07/03/2019

P. P. : 2019-00000206

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 26 DE MARZO DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle:

Valor del Pliego **50.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviade de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

(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	Servicio de mantenimiento y conservación de pintura exterior edilicia y cubiertas superiores	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** A requerimiento segun pliego

**Garantía:** 1 Año

**Observaciones:** Servicio de Mantenimiento y Conservacion de pintura exterior edilicia y cubiertas superiores. De acuerdo a pliego de especificaciones tecnicas particulares elaborado a tal efecto - RENGLON 2

Se debera realizar visita tecnica obligatoria del edificio del hospital y sus instalaciones, para adjuntar certificado a las ofertas

La visita debera ser efectuada por profesionales acreditados Ingenieros / Arquitectos o apoderados de las empresas.

DOCUMENTACION A PRESENTAR PREVIO AL INGRESO AL HOSPITAL EL CRUCE -

\_\_\_\_\_

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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 3 / 3

<b>PEDIDO DE COTIZACIÓN</b>	
Licitación Pública	
<b>2019-Pub-000023</b>	<b>2019</b>
Número	Año

Expediente 2915-009514/2019

Emission 07/03/2019

P. P. : 2019-00000206

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 26 DE MARZO DEL 2019**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle:

Valor del Pliego **50.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.
- 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: Ingeniería Hospitalaria. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Ingeniería Hospitalaria, Avenida Calchaqui 5401 de 09:00 a 13:00 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