



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 **2023**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Privada	
2023-Priv-000088	2023
Número	Año

Expediente 2915-00015523/2023

Emission 11/12/2023

P. P. : 2023-00002252

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 20 DE DICIEMBRE DEL 2023**

HORA 08:00

ASUNTO **Serv. de Esterilización**

Detalle: Sachets de formaldehído-Comodato

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.

a) todos los repuestos originales necesarios y provistos por el fabricante para el correcto funcionamiento de los equipos, sin cargo adicional para el hospital.

b) los plumines continta incluida para el registrador gráfico del proceso, las resmas del papel plegado para el mismo y los filtros de los desmineralizadores.

Los requisitos de preinstalación y emplazamiento de los equipos estarán a cargo del Hospital El cruce.

La presente licitación comprende el período enero - diciembre 2024. La firma proveedora deberá certificar las óptimas condiciones iniciales del equipo para su correcto funcionamiento en caso de equipos que ya estén instalados y garantizar el correcto desempeño de los mismos durante todo el período del contrato. Serán tenidos en cuenta los informes técnicos de los equipos para las nuevas preadjudicaciones.

La firma proveedora deberá tener una antigüedad mínima de dos años en el mercado argentino. Deberá ser representante oficial de los productos cotizados debiendo entregar un listado de usuarios publicos e instalar el equipamiento sin cargo y a prueba, veinte dias como mínimo, si el servicio de Esterilización del Hospital El Cruce asi lo solicitase.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 7 dias fecha presentacion de factura fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Esterilizacion. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Esterilizacion, Avenida Calchaqui 5401 de 8 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