



**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. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2023-Priv-000079**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-00015442/2023

Emission 21/11/2023

P. P. : 2023-00002084

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE DICIEMBRE DEL 2023**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: SERVICIO ABONADO MENSUAL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO EQUIPOS MARCA FAETA

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 MANTENIMIENTO PREVENTIVO/CORRECTIVO DE EQUIPO DE ESTERILIZACIÓN	12	Mes	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO ABONOS MENSUALES DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO EQUIPO MARCA FAETA EQUIPOS DE CULTIVO, ESTERILIZACION, CHAMBELAIN, MORGUERAS, CABINAS, y CALEFACTORES BIOLOGICOS

VER ANEXO 1 DE PLIEGLO DE ESPECIFICACIONES TECNICAS Y LISTADO DE EQUIPOS

En un todo de acuerdo al Pliego de Especificaciones tecnicas generado por el area de INHO - Ingenieria Hospitalaria  
 Direccion de Infraestructura y tecnologia - HEC- Alta complejidad en RED

Período de cobertura :

Desde 01 de Enero de 2024 hasta 31 de DICIEMBRE de 2024, con opcion a prorroga

Son 12 Meses abonados consecutivos

Con opcion a Re Determinacion de precios semestral

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

\_\_\_\_\_  
 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 **2023**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Privada	
<b>2023-Priv-000079</b>	<b>2023</b>
Número	Año

Expediente 2915-00015442/2023

Emission 21/11/2023

P. P. : 2023-00002084

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE DICIEMBRE DEL 2023**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: SERVICIO ABONADO MENSUAL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO EQUIPOS MARCA FAETA

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.

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 Días FPF 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 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