



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 Pública

2023-Pub-000061

2023

Número

Año

Expediente 2915-00015436/2023

Emission 21/11/2023

P. P. : 2023-00002046

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 04 DE DICIEMBRE DEL 2023**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: SERVICIO DE GESTIÓN DE LA OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO / CORRECTIVO DE EQUIPO

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 gestión de la operación y mantenimiento preventivo/correctivo de equipos termomecánicos de climatización | 12 | Mes | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: SERVICIO DE GESTIÓN DE LA OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO/CORRECTIVO DE EQUIPOS TERMOMECAÑICOS DE CLIMATIZACIÓN

En un todo de acuerdo al Pliego de Especificaciones tecnicas particulares, (PET)elaborado a tal efecto , la documentacion grafica de planos adjuntos y sus ANEXOS respectivos Proyecto elaborado por el area de ingenieria Hospitalaria - Direccion de Infraestructura y tecnologia - Hospital El Cruce, Dr. Nestor Carlos Kirchner.

Plazo de entrega :

12 Abonos de servicio mensuales consecutivos

Periodo de Cobertura : 01 de ENERO de 2024 hasta 31 de DICIEMBRE de 2024

Con Opcion a Prorroga.

Con Redeterminacion de precios cada 6 meses

NOTA :

Se requiere cumplir con visita tecnica obligatoria de las instalaciones completas de los 4 domicilios de aplicacion del contrato

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

 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 Pública | |
| 2023-Pub-000061 | 2023 |
| Número | Año |

Expediente 2915-00015436/2023

Emission 21/11/2023

P. P. : 2023-00002046

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 04 DE DICIEMBRE DEL 2023**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: SERVICIO DE GESTIÓN DE LA OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO / CORRECTIVO DE EQUIPO

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.

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 Días FPF fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Ingenieria hospitalaria. Los remitos serán válidos solamente 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