



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-000057

2023

Número

Año

Expediente 2915-00015414/2023

Emission 15/11/2023

P. P. : 2023-00002026

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2023**

HORA 08:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: SERVICIO DE GESTION , OPERACION Y MANTENIMIENTO DEL RECURSO FISICO EDILICIO E INSTALACION

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	12	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Servicio de Gestion, Operacion y Mantenimiento del Recurso fisico edilicio e instalaciones del hospital EL CRUCE - Dr. NESTOR CARLOS KIRCHNER - SAMIC
 De acuerdo a pliego de especificaciones tecnicas particulares elaborado a tal efecto, por el area de Ingenieria Hospitalaria - INHO

Son 12 Abonos mensuales consecutivos, con opcion a prorroga.
 Periodo de Cobertura : 01 de Enero de 2024 Hasta 31 de Diciembre de 2024

Se debera realizar visita tecnica obligatoria del edificio del hospital y sus instalaciones, para adjuntar certificado a las ofertas,
 expedido por el area de ingenieria Hospitalaria - INHO

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.

 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-000057	2023
Número	Año

Expediente 2915-00015414/2023

Emission 15/11/2023

P. P. : 2023-00002026

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 29 DE NOVIEMBRE DEL 2023**

HORA 08:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: SERVICIO DE GESTION , OPERACION Y MANTENIMIENTO DEL RECURSO FISICO EDILICIO E INSTALACION

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.

- 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