



**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 **2022**

Pag. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000109**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013026/2022

Emission 17/05/2022

P. P. : 2022-00000350

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 24 DE MAYO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: OBRA REFORMA TABLERO PRINCIPAL EDIFICIO 5 BY PASS ELECTRICO FUERZA MOTRIZ

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	Obra / Reforma de Instalaciones Electricas	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 30 días

**Observaciones:** OBRA REFORMA TABLERO ELÉCTRICO PRINCIPAL EDIFICIO N° 5 A y B  
Planta alta y planta baja - Abastecimento

IMPLANTACION SISTEMA BY PASS FUERZA MOTRIZ NORMAL - EMERGENCIA

Trabajos a realizar:

Intervencion en tablero de fuerza motriz de acuerdo a plano definitivo.

Adecuacion y conformacion de barras de cobre electrolitico 50 / 15

Adaptacion y ensable de conectores a barras existentes

Montaje electromecanico nuevo interruptor de potencia 380 Volts - 400 Amperes

Adaptacion de tapas de proteccion de interruptor de potencia

Montaje de aisladores electricos Ceramicos / Vitrovinilicos desde estructura de apoyo.

Pruebas de Seguridad Electrica y protocolo de ensayo con intrumental electrico validado

Medicion de Puesta a tierra PAT red electrica del edificio

Modificacion en modo tetrapolar de acuero a AEA 90364 Seccion 710 y 771

Entrega documentacion grafica final de obra papel y Digital.

Incluye provision y montaje Interruptor Termomagnetico de potencia

Caja moldeada

Intensidad de Diseño 400 Amperes

Modelo NSX 400 H Schneider Electric o ABB

IEC 60947 - 2 - TETRAPOLAR

Con Bornes posteriores de conexionado

Catergoria A

I COriente de CC 65 Ka a 440 Volt

\_\_\_\_\_  
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 **2022**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000109**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-013026/2022

Emission 17/05/2022

P. P. : 2022-00000350

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 24 DE MAYO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: OBRA REFORMA TABLERO PRINCIPAL EDIFICIO 5 BY PASS ELECTRICO FUERZA MOTRIZ

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.

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 (Resolución 299/11), del personal declarado en 1.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias 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 08 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