



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-000112

2022

Número

Año

Expediente 2915-013102/2022

Emission 23/05/2022

P. P. : 2022-00000638

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 30 DE MAYO DEL 2022**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: OBRA MENOR AMPLIACION LOCALES DE INFRAESTRUCTURA PARA SEGUIMIENTO DE OBRAS

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 MENOR	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 60 días

Observaciones: OBRA MENOR

AMPLIACION DE LOCALES DE INFRAESTRUCTURA PARA PLANIFICACION, REVISION Y SEGUIMIENTO DE OBRAS

En un todo de acuerdo al Pliego de Especificaciones tecnicas particulares elaborado a tal efecto(PET)y la documentacion grafica de planos adjuntos.

Memoria y Proyecto elaborado por las areas de Arquitectura e Ingenieria Hospitalaria

Direccion de Infraestructura y tecnologia - Hospital El Cruce, Dr. Nestor Carlos Kirchner.

Plazo de entrega : 60 días

Garantia : 12 meses

Visita Tecnica:

Se requiere cumplir con visita tecnica obligatoria de las instalaciones a intervenir

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.

Confecionó

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-000112

2022

Número

Año

Expediente 2915-013102/2022

Emission 23/05/2022

P. P. : 2022-00000638

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 30 DE MAYO DEL 2022**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: OBRA MENOR AMPLIACION LOCALES DE INFRAESTRUCTURA PARA SEGUIMIENTO DE OBRAS

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.

- 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 dias fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Ingeniería Hospitalaria. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Ingeniería 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