



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 **2024**

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000151

2024

Número

Año

Expediente 2915-016030/2024

Emission 17/05/2024

P. P. : 2024-00000982

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 22 DE MAYO DEL 2024**

HORA 11:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: PUERTA ACCIONAMIENTO AUTOMATICA ACCESO PERSONAL EDIFICIO 6B

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	PUERTA ACCIONAMIENTO AUTOMATICO	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 10 días

Observaciones: PUERTA ACCIONAMIENTO AUTOMATICA
 ACCESO DE PERSONAL
 EDIFICIO 6B

ESPECIFICACIONES TECNICAS:

Debera contar con puertas std 20 mm 2M0F X
 Debera contar con 2 hojas de puertas automáticas standard
 Línea Premium.
 Medidas de Ancho paso libre 2000 mm
 Medidas de Alto de paso libre 2050 mm
 La hojas deberan contar con hojas con perfilería modelo 20 mm
 Debera contar con 2 Paños móviles, corredizos y desplazables lateralmente
 Medidas del sistema operador: Alto 108 mm x 194 mm profundidad
 Sensores de movimiento: radar interior y exterior con seguridad IR
 Debera contar con Display de programación.
 Debera contar con baterias de autonomia electrica

Las hojas deberan ser construidas en Cristal laminado 5+5 incoloro
 Acabado: anodizado natural
 Desmontaje puerta existente a cargo del contratista
 Flete incluido.

REQUIERE VISITA TECNICA OBLIGATORIA

DOCUMENTACION A PRESENTAR PREVIO AL INGRESO AL HOSPITAL EL CRUCE -
 DR. NESTOR CARLOS KIRCHNER

 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 **2024**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2024-Cont-000151

2024

Número

Año

Expediente 2915-016030/2024

Emission 17/05/2024

P. P. : 2024-00000982

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 22 DE MAYO DEL 2024**

HORA 11:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: PUERTA ACCIONAMIENTO AUTOMATICA ACCESO PERSONAL EDIFICIO 6B

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 - 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.
- 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 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