



**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 **2021**

Pag. : 1 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000176**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-012252/2021

Emision 11/11/2021

P. P. : 2021-00001468

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2021**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: MANTENIMIENTO PREVENTIVO CALDERAS CANTIDAD 6lor del Pliego **0,00**

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	Mantenimiento preventivo de calderas	6	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 90 días

**Observaciones:** Mantenimiento preventivo ANUAL de 6 calderas  
Para Generacion de agua caliente sanitaria ACS  
Identificados como N° 1, 2 ,3 , 4, 5, y 6

Marca : TAMECO

Modelo : 4.000 L

Quemadores de gas natural : Autoquem 110.00 Kcal / Hora

Requiere :

- Incomunicacion, desagote y Apertura del equipo para limpieza profunda de las paredes interiores
- Desincrustacion completa con cepillos de acero, dejando libre la superficie interior de incrustaciones producto de la corrosión y dureza del agua.
- Provisión y sustitución de ánodos de magnesio de 3 / 4 " x 150 cm de largo., para prevenir accion corrosivas, cantidad 6 x 4 = 24 unidades
- Revisión, limpieza y calibración del quemador.
- Revisión del funcionamiento de protección por apagado de llama y sistemas de seguridad.
- Inspección y limpieza del conducto de salida para gases producto de la combustión.
- Revisión del funcionamiento de los termostatos de seguridad y trabajo.
- Repintado interior del equipo en la zona envolvente, hogar, tubos de humo y casquetes mediante la aplicación de pintura de aluminio para alta temperatura.
- limpieza exterior
- Llenado y puesta en marcha de todo el sistema.
- Prueba Hidraulica : 5 Bar

\_\_\_\_\_  
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 **2021**

Pag. : 2 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000176**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-012252/2021

Emision 11/11/2021

P. P. : 2021-00001468

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2021**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: MANTENIMIENTO PREVENTIVO CALDERAS CANTIDAD 6lor del Pliego **0,00**

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.

- Limpieza y retiro de materiales, lodos y residuos acumulados a cargo de la contratada.

Plazo de ejecucion : 90 Dias, a partir de la entrega de la orden de compra

Garantia : 12 meses

Importante, tomar nota de requisitos de seguridad e Higiene

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.

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

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello



**Hospital El Cruce**  
**NÉSTOR CARLOS KIRCHNER**

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2021**

Pag. : 3 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000176**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-012252/2021

Emission 11/11/2021

P. P. : 2021-00001468

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2021**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: MANTENIMIENTO PREVENTIVO CALDERAS CANTIDAD 6lor del Pliego **0,00**

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.

área de Ingeniería Hospitalaria, Avenida Calchaqui 5401 de 08:00 a 16:00.

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