



**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**

Contratacion Directa

**2023-Cont-000271**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-015440/2023

Emission 14/11/2023

P. P. : 2023-00002044

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 21 DE NOVIEMBRE DEL 2023**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: REFUNCIONALIZACION DE INSTALACION TERMOMECANICA DE CONDUCTOS DE CLIMATIZACION CENTRAL

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	Servicio de refuncionalización	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 15 días

**Observaciones:** REFUNCIONALIZACION DE INTALACION TERMOMECANICA DE CONDUCTOS DE CLIMATIZACION CENTRAL  
 EDIFICIO Nº 1 - PLANTA BAJA - SECTOR A y B

Modificación de conductos de inyección y rejillas y conductos de retorno de los equipos Roof Top pertenecientes al sector de oficinas de Plata Baja (sector A y B).

Esta reconfiguración permitirá contar con apoyo en caso de falla o mantenimiento de los equipos VRV.

Tareas a realizar de acuerdo a planos configurados adjuntos

Se deberá proveer de conductos flexibles, tapas y conexiones en chapa galvanizada y difusores terminales tipo OMNI de centro cuadrado

para instalar en cielorraso desmontable modular en un todo de acuerdo a planos

Los trabajos se realizarán en horarios, luego de las 16.00 hs y sábados y domingos para no afectar el normal funcionamiento administrativo.

SE REQUIERE VISITA TECNICA OBLIGATORIA DE LOS OFERENTES INTERESADOS

Plazo de Entrega : 15 días

Garnatía : 12 meses

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.

\_\_\_\_\_  
 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**

Contratacion Directa

**2023-Cont-000271**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-015440/2023

Emision 14/11/2023

P. P. : 2023-00002044

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 21 DE NOVIEMBRE DEL 2023**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: REFUNCIONALIZACION DE INSTALACION TERMOMECANICA DE CONDUCTOS DE CLIMATIZACION CENTRAL

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.

- 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: Ingeniería Hospitalaria. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Ingeniería Hospitalaria, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 16.

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