



**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-000084**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-012989/2022

Emision 03/05/2022

P. P. : 2022-00000497

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 13 DE MAYO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: Servicio de carga de Helio - RM ACHIEVA 3.0T (DXI) - INHO 2022. 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	SERVICIO DE CARGA DE HELIO LIQUIDO REFRIGERANTE PARA RESONADOR MAGNETICO	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 30 días

**Observaciones:** Servicio de carga de helio liquido refrigerante para resonador magnetico.

Marca: PHILIPS.

Modelo: ACHIEVA 3,0 TESLA.

ID MR0119 AR.

Ubicacion: Servicio de Diagnostico por imagenes (DXI), Edificio N°02, Planta Baja, Sector B.

El servicio contempla:

- La mano de obra, maniobras y ejecucion por parte del personal técnico especializado en el rubro de gases medicos / industriales.
- Maniobra de carga sobre contenedor de Helio Liquido dentro del magneto principal del equipo.
- Provision del volumen a recargar: 500 Litros ( el cual sera previsto en un termo - UN (1) DEWARS - bajo todas las condiciones de seguridad correspondientes.

La contratista debera cumplimentar con los requisistos de Seguridad & Higiene del hospital.

Plazo de entrega :30 dias.

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

\_\_\_\_\_  
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-000084**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-012989/2022

Emission 03/05/2022

P. P. : 2022-00000497

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 13 DE MAYO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: Servicio de carga de Helio - RM ACHIEVA 3.0T (DXI) - INHO 2022. 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.

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: 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