



**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 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2022-Pub-000011**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-012725/2022

Emission 07/03/2022

P. P. : 2021-00001820

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE MARZO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: 1 SISTEMA DE CLIMATIZACION CENTRAL VRV EDIFICIO 5 PLANTA ALTA RESIDENCIAS MEDICAS

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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	SISTEMA CLIMATIZACION CENTRAL POR VOLUMEN REFRIGERANTE VARIABLE VRV	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 90 días

**Observaciones:** SISTEMA DE CLIMATIZACION CENTRAL  
POR VOLUMEN REFRIGERANTE VARIABLE VRV

Provision de sistema de climatizacion central destinado al Edificio 5, Planta alta, Sector B, ocupado por departamentos de las residencias medicas  
12 Dormitorios de profesionales,ateneos medicos de traumatologia, Infectologia, coordinacion de transplantes y vestuarios del personal de salud.

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

Proyecto elaborado por el area de ingenieria Hospitalaria - Direccion de Infraestructura y tecnologia - Hospital El Cruce, Dr. Nestor Carlos Kirchner.

Potencia total instalada del sistema 34 tn  
Incluye Montaje e Instalacion

Plazo de entrega : 90 dias  
Garantia : 24 meses

Visita Tecnica:  
Se requiere cumplir con visita tecnica obligatoria de las instalaciones.

DOCUMENTACION A PRESENTAR PREVIO AL INGRESO AL HOSPITAL EL CRUCE -

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

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2022-Pub-000011**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-012725/2022

Emission 07/03/2022

P. P. : 2021-00001820

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE MARZO DEL 2022**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Hospitalaria**

Detalle: 1 SISTEMA DE CLIMATIZACION CENTRAL VRV EDIFICIO 5 PLANTA ALTA RESIDENCIAS MEDICAS

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

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: INGENIERIA HOSPITALARIA. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de INGENIERIA 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.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

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

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