



**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 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2023-Cont-000178**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-014984/2023

Emision 14/08/2023

P. P. : 2023-00001231

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 18 DE AGOSTO DEL 2023**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos Médicos

Valor 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	CRIOSONDA PARA NEUMONOLOGIA FLEXIBLE 2,4MM DIAMETRO Y 1150MM LONGITUD	48	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Con la compra de la criosonda se solicita la entrega, en carácter de consignación, de un equipo con las siguientes características técnicas:

- Características técnicas:

Sistema de crioablación para neumonología para la realización de los siguientes procedimientos: criobiopsias endobronquiales, criobiopsias transbronquiales, criorrecanalizaciones, criodesvitalizaciones y crioextracciones.

Deberá estar compuesto por:

- Consola de crioablación
- Carro de transporte
- Pedal de control

- Accesorios: cable de alimentación 220V 50Hz según norma argentina vigente, manguera de conexión a tubo de CO2, adaptador a tubo de ser necesario, regulador para el tubo de CO2 de ser necesario.

La consola deberá poseer una pantalla que indique el tiempo de congelación, la sonda conectada, el programa seleccionado y el grado del efecto de congelación.

Control de consola mediante teclado de membrana o pantalla táctil.

Sistema de control de flujo que garantice un rendimiento adecuado de congelación según el tamaño de sonda utilizado.

Detección automática del tamaño de la criosonda.

Sistema de control de tiempo para controlar el tiempo de congelación.

Sistema de enfriamiento mediante el uso de CO2.

Deberá incluir tubo de CO2 o permitir el uso de los tubos de CO2 existentes en el hospital.

Deberá tener un sistema para sujeción del tubo de CO2.

\_\_\_\_\_  
 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 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2023-Cont-000178**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-014984/2023

Emission 14/08/2023

P. P. : 2023-00001231

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 18 DE AGOSTO DEL 2023**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos Médicos

Valor 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.

- Requisitos de mantenimiento:

**MANTENIMIENTO**

En caso de que el equipamiento requiera algún tipo de mantenimiento de usuario dentro del año del comodato se deberá brindar una capacitación sobre cómo realizarlo y los insumos necesarios para llevarlo a cabo deberán ser suministrados junto con el equipamiento.

En caso de que el equipamiento requiera un mantenimiento técnico el mismo deberá ser realizado por la empresa proveedora del equipamiento de acuerdo con el manual de servicio técnico del fabricante.

Se deberá presentar una copia de la hoja del manual de servicio técnico del fabricante donde indique la frecuencia y el procedimiento de mantenimiento preventivo que requiere el equipo. Se deberá indicar una casilla de correo electrónico y un número de teléfono donde comunicarse en caso de falla del equipo.

En caso de presentarse una falla sobre el equipo, la cual no pueda ser reparada en menos de 15 días de ocurrida la misma, deberá suministrarse un reemplazo del equipo de manera de no interrumpir la continuidad de los estudios que requieran su uso.

Todos los equipos antes mencionados deberán contar con un seguro a cargo de la empresa proveedora del equipamiento de manera de que el hospital quede exento de gasto ante cualquier rotura parcial, total o deterioro de las unidades. En caso de rotura parcial, total o deterioro del equipamiento en cuestión la empresa proveedora deberá retirar los equipos y reponer las unidades en cuestión por otras que estén en condiciones de ser utilizadas en un plazo no mayor a 15 días.

**CAPACITACIONES**

Se deberá brindar al menos una capacitación al momento de hacer la entrega del equipamiento.

Se deberá brindar una segunda capacitación a los dos meses de entregado el equipo para la revisión de dudas y la resolución de inconvenientes en el uso del equipo.

Se deberá indicar una casilla de correo electrónico y un número de teléfono donde comunicarse en caso de que el personal del servicio requiera consultar dudas respecto al uso del equipo.

Los días y horarios de dichas capacitaciones deberán ser coordinados con el área de Ingeniería Clínica del hospital.

\_\_\_\_\_  
 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 **2023**

Pag. : 3 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2023-Cont-000178**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-014984/2023

Emission 14/08/2023

P. P. : 2023-00001231

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 18 DE AGOSTO DEL 2023**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Productos Médicos

Valor 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.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 días fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Farmacia. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 08 a 14 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