



**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-000054**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011699/2021

Emision 28/04/2021

P. P. : 2021-00000444

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 04 DE MAYO DEL 2021**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Clínica**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: Videolaringoscopio

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	VIDEOLARINGOSCOPIO	2	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 30 días

**Observaciones:** Videolaringoscopio.

Deberá ser un videolaringoscopio para intubación dificultosa de pacientes adultos y pediátricos.

**PANTALLA**

Pantalla reutilizable.

Tipo de pantalla: LCD color o superior.

Tamaño de pantalla: igual o superior a 2,4 pulgadas.

Resolución de pantalla:

- para pantallas de 2,4 a 3 pulgadas la resolución deberá ser de 320 x 240 o superior.

- para pantallas de más de 3 pulgadas la resolución deberá ser de 640 x 480.

Deberá ser visible desde varios ángulos.

Deberá permitir un mínimo giro para mejorar la visualización de la misma según la posición o altura del médico.

Balance de blancos de pantalla.

**CÁMARA/LENTE**

Tipo CMOS.

Resolución igual o superior a la de la pantalla.

Lente antiniebla.

**BATERÍA**

Funcionamiento a batería.

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

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000054**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011699/2021

Emission 28/04/2021

P. P. : 2021-00000444

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 04 DE MAYO DEL 2021**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Clínica**

Detalle: Videolaringoscopio

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.

Apagado automático por desuso.

Indicador de estado de batería.

La batería deberá cumplir alguna de las siguientes condiciones:

- recargable (en cuyo caso deberá incluirse el cargador de la misma).
- de uso común como las pilas AA o AAA.
- o, en caso de ser una batería específica de la marca, deberá durar al menos 250 minutos.

**ILUMINACIÓN**

Fuente de luz LED.

**RAMAS**

Ramas reutilizables o descartables.

En caso de que las ramas sean reutilizables, deberán incluirse las siguientes ramas: mac 1, mac 2, mac 3 y mac 4.

En caso de que las ramas sean descartables, deberán incluirse:

- Al menos 20 ramas pediátricas chicas (tipo mac 1).
- Al menos 20 ramas pediátricas grandes(tipo mac 2).
- Al menos 20 ramas adulto chico (tipo mac 3).
- Al menos 20 ramas adulto grande (tipo mac 4).
- Al menos 10 ramas para intubación dificultosa, de ser distintas a las ramas anteriores solicitadas.

**OTRAS CARACTERÍSTICAS**

Libre de látex.

Peso total no superior a 500 gramos.

**CLÁUSULAS GENERALES**

- Deberá presentar el registro de ANMAT, y en caso de ser importado, la habilitación del país de origen (FDA, CE, ANVISA, etc.).
- Se deberá garantizar la provisión de repuestos, kits de mantenimiento preventivo y accesorios por el término de diez años a partir de la entrega de los equipos (se deberá presentar una declaración jurada en la oferta dando constancia de esto).
- En caso de que el equipo quedase sin funcionar por cuestiones técnicas inherentes a la garantía, este tiempo se adicionará al tiempo de garantía.

\_\_\_\_\_  
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. : 3 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000054**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011699/2021

Emission 28/04/2021

P. P. : 2021-00000444

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 04 DE MAYO DEL 2021**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Ingeniería Clínica**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle: Videolaringoscopio

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.

necesarios para el funcionamiento del equipo: batería, ramas adulto y ramas pediátricas.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Ingenieria Clinica. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Ingenieria Clinica, Avenida Calchaqui 5401 de 08 a 16hs..

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