



**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-000071**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-012843/2022

Emision 29/03/2022

P. P. : 2022-00000267

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE ABRIL DEL 2022**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Dir. de Infraestructura y Tecnología**

Detalle: Proyecto Sistema Seguridad CCTV - Etapa Final

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	SISTEMA DE SEGURIDAD CCTV	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Sistema de Seguridad CCTV

Para la etapa final el sistema de seguridad deberá cumplir con las siguientes especificaciones:

-60 cámaras IP, formato Domo, 2mpx full HD 1080p, 2.8mm, uso interno o externo, con visión nocturna, infrarrojo, ángulo de visión 92°, con fuente incluida de 12 V, 3 amper (3000mah).

Las cámaras a proveer deberán tener características similares o superiores al modelo HIKVISION DS-2CD1323G0E-I

-60 fuentes switching 12V 3A

-15 bobinas (estimado) de Cable UTP exterior Cat5e similar o superior al modelo Furukawa

-166 Fichas conectoras JACK RJ45 CAT.5E blindadas similares o superiores al modelo Furukawa

-20 Switch Poe 4 puertos RJ-45 con PoE, 1 puerto RJ-45.

Los switches a proveer deberán tener características similares o superiores al modelo HIKVISION DS-3E0105P-E/M

-1 cámaras NVR IP para 64 canales (32 canales IP y 32 canales de audio), hasta 64 Tb interno, compatible con HDMI de 2 canales, VGA de 2 canales, HMDI1 hasta 4K (3840x2160) de resolución, hasta 8 interfaces SATA.

Las cámaras a proveer deberán tener características similares o superiores al modelo HIKVISION DS-9664Ni-i8.

-4 discos internos HDD con capacidad de 8 TB, interface SATA III.

Los discos a proveer deberán tener características similares o superiores al modelo

\_\_\_\_\_  
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 **2022**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000071**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-012843/2022

Emision 29/03/2022

P. P. : 2022-00000267

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 01 DE ABRIL DEL 2022**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Dir. de Infraestructura y Tecnología**

Detalle: Proyecto Sistema Seguridad CCTV - Etapa Final

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.

Western Digital WD Purple WD84PURX

-Provisión de mano de obra necesaria para la instalación y configuración de las cámaras, tendido de cables de red interiores y exteriores, pruebas de funcionamiento y grabación, dejando todo el equipamiento en condiciones para que el sistema de seguridad CCTV comience a ser utilizado a partir de la entrega llave en mano del mismo.

Condiciones de Contratacion:

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

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