



**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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 1 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009185/2018

Emission 08/11/2018

P. P. : 2018-00001158

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

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	FRESA AUTOBLOQUEANTE DE 14 MM ADULTO	20	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA COMEDORA 3.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	12	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA COMEDORA 4.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	15	Unidad	

\_\_\_\_\_

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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 2 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009185/2018

Emission 08/11/2018

P. P. : 2018-00001158

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

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.

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA COMEDORA 4.0 MM PARA INSERTO TELESCOPICO	3	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA COMEDORA 5.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	15	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
---	-----------	----------	--------------	--------------

\_\_\_\_\_

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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 3 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009185/2018

Emission 08/11/2018

P. P. : 2018-00001158

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

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.

Item N°1	FRESA DE CORTE 1.8/2.5 MM PARA INSERTO MEDIANO	30	Unidad	
----------	--	----	--------	--

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA DE CORTE 2.2/2.3 MM PARA CRANEOTOMO ADULTO	40	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA DIAMANTADA 2.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	7	Unidad	

\_\_\_\_\_

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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 4 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009185/2018

Emission 08/11/2018

P. P. : 2018-00001158

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

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.

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FRESA DIAMANTADA 3.0 MM PARA INSERTO MEDIANO	3	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Se establece de acuerdo a lo detallado en pedido de cotización adjunto posterior al perfeccionamiento del contrato.

La presente licitación se adjudicara a la menor oferta global y deberá entregar en comodato lo detallado a continuación:

**CONSOLA:**

Deberá contar con una pantalla táctil que permita seleccionar y configurar las revoluciones por minuto, el sentido de giro, la aceleración, el tipo de accionamiento y los cm3 por minuto para la irrigación

Deberá contar con al menos una bomba de irrigación

Deberá contar con la posibilidad de configurar al menos setenta y cinco mil revoluciones por minuto (75.000 RPM)

Deberá poder seleccionarse sentido de funcionamiento (horario y anti horario)

\_\_\_\_\_  
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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 5 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009185/2018

Emisión 08/11/2018

P. P. : 2018-00001158

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

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.

**PEDAL:**

Deberá contar con al menos la posibilidad de accionar el funcionamiento del motor e invertir el sentido de giro del mismo.

**MOTOR:**

Deberá ser capaz de desarrollar al menos setenta y cinco mil revoluciones por minuto (75.000 RPM).

Deberá ser apto para esterilizarse mediante el proceso de autoclave (134°) diariamente.

Deberá contar con sistema de encastre rápido para cada uno de sus insertos.

Deberá ser ergonómico y liviano de manera de asegurar la comodidad del operador durante su utilización

**CAJA DE ESTERILIZACION:**

Deberá ser apto para esterilizarse mediante el proceso de autoclave (134°) y capaz de almacenar el motor, los 5 insertos y las fresas o sierras requeridas.

**INSERTOS**

En caso de que alguno de los insertos antes mencionado requiera algún adaptador particular deberá ser suministrado.

Todos los insertos en cuestión deberán estar en condiciones de ser utilizados de manera que no presenten ningún riesgo para el paciente ni para el operador.

Deberá ser apto para esterilizarse mediante el proceso de autoclave (134°) diariamente.

Deberá contar con sistema de encastre rápido para cada una de las fresas o sierras.

**CARRO**

Deberá ser apto para albergar la consola en cuestión durante la cirugía y contar con un sistema de ruedas de manera que se facilite su desplazamiento.

**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 suministrado 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.

\_\_\_\_\_  
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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 6 / 6

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2018-Priv-000038**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009185/2018

Emission 08/11/2018

P. P. : 2018-00001158

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

**HORA 08:00**

Detalle:

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.

**CAPACITACIONES**

Se deberán brindar al menos 4 capacitaciones al momento de hacer la entrega del equipamiento con la posibilidad de realizar al menos otras 4 capacitaciones posteriores a los primeros 6 meses de uso.

Las capacitaciones en cuestión deberán enfocarse en el armado, desarme, limpieza y mantenimiento de los equipos en cuestión. Las mismas deberán ser dictadas por el personal capacitado y se deberá entregar un certificado al término de ellas. Los días y horarios de dichas capacitaciones deberán ser coordinados con el Área de Ingeniería Clínica del hospital.

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 los 7 días hábiles.

**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 8 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.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

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

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