



**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**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000079**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011834/2021

Emission 27/05/2021

P. P. : 2021-00000340

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 01 DE JUNIO DEL 2021**

**HORA 14:00**

ASUNTO **Dir. de Infraestructura y Tecnología**

Detalle: Proyecto Sistema de Seguridad CCTV llave en mano

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% A requerimiento

**Observaciones:** Sistema de Seguridad CCTV

Según relevamiento interno, el sistema de seguridad deberá cumplir con las siguientes especificaciones:

-80 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

-80 fuentes switching con características similares o superiores al modelo PRONEXT FU 12V3000

-6.100 metros (estimado) de Cable UTP exterior Cat5e similar o superior al modelo Furukawa

-220 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

-2 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

\_\_\_\_\_  
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. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000079**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-011834/2021

Emision 27/05/2021

P. P. : 2021-00000340

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 01 DE JUNIO DEL 2021**

**HORA 14:00**

ASUNTO **Dir. de Infraestructura y Tecnología**

Detalle: Proyecto Sistema de Seguridad CCTV llave en mano 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.

(3840x2160) de resolución, hasta 8 interfaces SATA.

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

-7 discos internos HDD con capacidad de 6 TB, interface SATA III.

Los discos a proveer deberán tener características similares o superiores al modelo Western Digital WD Purple WD60PURX

-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 . Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Sistemas , Avenida Calchaqui 5401 de 08:00 a 16:00.

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