



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 **2024**

Pag. : 1 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000030

2024

Número

Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emision 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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	TIEMPO DE TROMBINA.	1600	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
Provisión año 2024.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR V.	1200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
Provisión año 2024.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR VII.	120	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
Provisión año 2024.

4	Renglón 4	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 **2024**

Pag. : 2 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000030

2024

Número

Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emission 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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	PLASMA DEFICIENTE FACTOR VIII.	240	Unidad	
----------	--------------------------------	-----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
Provisión año 2024.

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
---	-----------	----------	--------------	--------------

Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR II	120	Unidad	
----------	-----------------------------	-----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
Provisión año 2024.

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

Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR X.	120	Unidad	
----------	-----------------------------	-----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
Provisión año 2024.

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
---	-----------	----------	--------------	--------------

Item N°1	PROTEINA S LIBRE	60	Unidad	
----------	------------------	----	--------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
Provisión año 2024.

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 **2024**

Pag. : 3 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000030

2024

Número

Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emission 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROTEINA C CROMOGÉNICO	180	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
Provisión año 2024.

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA	80	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
Provisión año 2024.

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FIBRINOGENO DE CLAUSS DETERMINACIÓN EN COAGULOMETRO	1900	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
Provisión año 2024.

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIEMPO DE PROTROMBINA, DETERMINACIÓN EN COAGULOMETRO (TROMBOPLASTINA RECOMBINANTE)	25000	Unidad	

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 **2024**

Pag. : 4 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000030

2024

Número

Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emission 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
 Provisión año 2024.

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APTT DETERMINACIÓN EN COAGULÓMETRO	25000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: APTT sensible al déficit de factores.
 Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
 Provisión año 2024.

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FXI	120	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
 Provisión año 2024.

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FXII	120	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
 Provisión año 2024.

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 **2024**

Pag. : 5 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000030

2024

Número

Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emission 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR IX.	120	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Adjunto especificaciones técnicas
 Provisión año 2024.

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FACTOR XIII ANTÍGENO	80	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Adjunto especificaciones técnicas
 Provisión año 2024.

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PDF (PRODUCTO DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO)	120	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Adjunto especificaciones técnicas
 Provisión año 2024.

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DRVVT SCREENING	320	Unidad	

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 **2024**

Pag. : 6 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000030

2024

Número

Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emission 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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% A requerimiento

Observaciones: Se solicita determinaciones de screening de anticoagulante lúpico, que incluya controles positivos y negativos.
 Adjunto especificaciones técnicas
 Provisión año 2024.

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DRVVT CONFIRMATORIO	320	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Se solicita determinaciones confirmatorias de anticoagulante lúpico Debe incluir los controles positivos y negativos.
 Adjunto especificaciones técnicas
 Provisión año 2024.

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APTT MODIFICADO, SENSIBLE A INHIBIDOR LÚPICO (SCREENING)	240	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: APTT sensible a Anticoagulante Lúpico.
 Adjunto especificaciones técnicas
 Provisión año 2024.

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APTT MODIFICADO, INHIBIDOR LÚPICO CONFIRMATORIO	240	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 **2024**

Pag. : 7 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Pública	
2024-Pub-000030	2024
Número	Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emission 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviadi de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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% A requerimiento

Observaciones: APTT sensible a Anticoagulante Lúpico, Test confirmatorio. Con controles positivos y negativos
 Adjunto especificaciones técnicas
 Provisión año 2024.

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTITROMBINA III CROMOGENICO	120	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Adjunto especificaciones técnicas
 Provisión año 2024.

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACTIVIDAD DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND	40	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
 Provisión año 2024.

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGENO	100	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 **2024**

Pag. : 8 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Pública	
2024-Pub-000030	2024
Número	Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emission 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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% A requerimiento

Observaciones: Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
 Provisión año 2024.

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTI XA	480	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Heparina Líquida con calibrador y controles incluidos.
 Especificaciones técnicas de archivo adjunto.
 Provisión año 2024.

DETERMINACIONES DE HEMOSTASIA CON LA PROVISIÓN DE EQUIPAMIENTO AUTOMATIZADO.

Renglones 1 a 25: Corresponden a determinaciones de hemostasia con la provisión de equipamiento (coagulómetros) en forma completamente automatizada, que permitan la realización de ensayos coagulométricos, cromogénicos e inmunológicos, con el equipamiento necesario. Con material descartable, reactivos, controles, calibradores, buffer, diluyentes, soluciones de lavado y todo insumo necesario para el completo procesamiento. Analizador mecánico magnético: método gold standard para la detección del coágulo. Con detección de hemólisis ictericia y lipemia en cada muestra ante posibles interferencias inherentes a las mismas.

El equipamiento deberá contar con el software necesario para todas las operaciones de funcionamiento, control de resultados, control de calidad y archivo de resultados; con impresora y provisión de los insumos para la impresión de resultados de muestra de pacientes, controles y curvas de calibración.

 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 **2024**

Pag. : 9 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Pública	
2024-Pub-000030	2024
Número	Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emission 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

Se entregarán 2 (dos) coagulómetros idénticos entre sí, totalmente automatizados de última generación, que realicen todas las determinaciones solicitadas en ambos equipos por igual. Se aceptará únicamente aparatología original que no tenga adaptaciones y/o modificaciones.

El laboratorio posee un LIS (Sistema informático de laboratorio) y la empresa adjudicataria se hará cargo de la conexión al mismo, tanto en software como en materiales, debiendo expresar dicho compromiso por escrito en la oferta. La conexión al LIS deberá ser realizada en un tiempo máximo de un mes, una vez instalado el equipamiento correspondiente (excluyente).

Las entregas de los reactivos deberán ser realizadas según necesidad del servicio.

Se deberá especificar en las ofertas, las cantidades de cada uno de los reactivos, controles y calibradores a entregar en volumen y número de kits (condición excluyente para la adjudicación) Las cantidades de consumibles, controles y calibradores deben ser tales que garanticen la realización de la totalidad de las determinaciones solicitadas, teniendo en cuenta para ello, la necesidad de cumplimiento de la planificación del control interno de la calidad en ambos equipos y calibraciones.

Asimismo, deberá incluir la habilitación para la participación del programa de control de calidad externo de calidad RIQAS, de las determinaciones de Hemostasia, durante el período contractual.

La firma adjudicataria tendrá a su cargo el transporte, instalación, seguro y UPS para cada uno de los equipos. En caso de necesidad de asistencia técnica, la realizará la empresa proveedora, debiendo cumplimentarse dentro de las 24 horas de solicitado, con repuestos incluidos y provisión de todo material necesario que asegure el perfecto funcionamiento, sin cargo adicional para el Hospital, es decir a cargo de la firma proveedora. De no poder cumplir lo anteriormente solicitado en dicho plazo, excediéndose en más de tres días la reparación, la empresa deberá entregar un equipo que determine los mismos parámetros, durante el tiempo que dure dicha reparación.

La firma proveedora deberá certificar las óptimas condiciones iniciales de los equipos, del

 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 **2024**

Pag. : 10 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000030

2024

Número

Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emission 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

mismo modo aplica para los equipos ya instalados por licitaciones previas, es decir garantizar el correcto desempeño durante todo el periodo del contrato. La firma se compromete a elaborar un cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo, con la ficha correspondiente, que deberá ser cumplimentado por el servicio técnico de la empresa y controlado por el Laboratorio.

Serán tenidos en cuenta los informes técnicos de los equipos para las nuevas preadjudicaciones.

La empresa oferente deberá contar con un departamento técnico propio, calificado y acreditado.

La firma proveedora deberá realizar el entrenamiento del personal en el uso de equipamiento, de acuerdo a las necesidades del Servicio. El vencimiento de los reactivos deberá ser no menor de 6 (seis) meses, a partir de la fecha de entrega.

La firma proveedora deberá tener una antigüedad mínima de 3 (tres) años en el mercado argentino. Deberá ser representante oficial de los productos cotizados en el área.

La firma proveedora deberá entregar un listado de usuarios de hospitales públicos y además deberá instalar el equipamiento sin cargo a prueba durante 14 días, si el Laboratorio del Hospital El Cruce así lo solicitase.

La adjudicación se efectuará al menor precio global por empresa, que garantice el total de las determinaciones solicitadas, en los dos equipos requeridos exclusivamente, es decir sin la necesidad de equipos complementarios.

La firma adjudicataria, se compromete con la permanencia de los equipos en un período de hasta tres meses una vez concluido el período contractual, de manera de garantizar la continuidad de la prestación del Servicio, hasta el eventual traspaso de equipamiento.

 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 **2024**

Pag. : 11 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000030

2024

Número

Año

Expediente 2915-00016164/2024

Emission 17/7/2024

P. P. : 2024-00001275

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE JULIO DEL 2024**

HORA 08:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle: HEMOSTASIA_con equipamiento en Comodato_2024 Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviñciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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 FPF fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Laboratorio. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Laboratorio, 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.

 Confeccionó

 Lugar y Fecha

 Firma y Sello