





**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 **2023**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Licitación Pública	
<b>2022-Pub-000064</b>	<b>2022</b>
Número	Año

Expediente 2915-00013876/2022

Emission 13/03/2023

P. P. : 2022-00001371

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 23 DE MARZO DEL 2023**

**HORA 08:00**

ASUNTO **Dir. de Infraestructura y Tecnología**

Detalle: Renovación Servidor de Almacenamiento - Storage

Valor del Pliego **20.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade 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.

- Dynamic Pools
- Data Reduction: compression / deduplication (block& file)
- Proactive Assist: Configure Remote Support, Online Chat; Open a Service Request, etc.
- Quality of Service (for Block & vVols)
- EMC Storage Analytics Adapter for VMware vRealize
- Local Protection - Anti virus

El servidor de almacenamiento debe incluir los DAE (Disk Array Enclosure) correspondientes para la cantidad y tipos de discos solicitados.

La provisión del servidor de almacenamiento debe incluir el servicio de insatención y configuración.

No incluye servicios de migración de datos entre el VXN existente y el storage a adquirir.

Tiempo crítico de respuesta: Dentro de las 4 horas de informado el incidente

Soporte: 24x7x365

Garantía del equipo sobre cada una de las partes: 3 (tres) años On Site

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: Según pliego 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 8 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