



**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 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emision 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIEMPO DE PROTROMBINA, DETERMINACIÓN EN COAGULOMETRO (TROMBOPLASTINA RECOMBINANTE)	35000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	APTT DETERMINACIÓN EN COAGULÓMETRO	40000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTITROMBINA III CROMOGENICO	500	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 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

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.

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TIEMPO DE TROMBINA.	2800	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FIBRINOGENO DE CLAUSS DETERMINACIÓN EN COAGULOMETRO	2000	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICOAGULANTE LÚPICO SCREENING	480	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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 3 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

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.

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Se solicita incluir los controles positivos para Anticoagulantelupico.Ver Anexo  
Periodo enero a diciembre 2019

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICOAGULANTE LUPICO CONFIRMATORIO	480	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HEPARINA CROMOGÉNICA	500	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Heparina Liquida con calibrador y control incluido. Ver Anexo  
Periodo enero a diciembre 2019

\_\_\_\_\_

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 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emisión 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade 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.

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR V.	2250	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR VII.	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR VIII.	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

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. : 5 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emisión 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade 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.

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR II	300	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR IX.	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FACTOR X.	100	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

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. : 6 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade 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	PROTEINA S LIBRE	420	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PROTEINA C CROMOGENICO	180	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA	70	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

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. : 7 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincial 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.

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SCT (SCT (SILICA CLOTTING TIME) COMFIRM	280	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Test confirmatorio y screen

Ver Anexo

Periodo enero a diciembre 2019

19	Renglón 19	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FACTOR VON WILLEBRAND ANTIGENO	150	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

20	Renglón 20	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	FACTOR XIII ANTÍGENO	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 **2018**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 8 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

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.

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

21	Renglón 21	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMINÓGENO, DOSAJE DE	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

22	Renglón 22	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PDF (PRODUCTO DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO)	200	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

23	Renglón 23	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	COFACTOR DE RISTICETINA	150	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. : 9 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

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.

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

24	Renglón 24	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FXII	50	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

25	Renglón 25	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	PLASMA DEFICIENTE FXI	50	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

26	Renglón 26	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	HITAC FP4	50	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. : 10 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

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.

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:** Se solicitan 50 det con calibrador incluido. Ver Anexo  
Periodo enero a diciembre 2019

27	Renglón 27	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INHIBIDOR DE PLASMINÓGENO	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

28	Renglón 28	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIMERO D	320	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

Metodo cuantitativo: Inmunoensayo en particulas de latex  
Periodo enero a diciembre 2019

\_\_\_\_\_

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. : 11 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emission 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

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.

Equipamiento en Comodato

Renglones 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27, y 28:  
Determinaciones de hemostasia con la provisión de equipamiento (coagulómetro), en forma automatizada, por metodología nefelométrica o inmunoturbidimétrica o fototurbidimétrica o monitoreo electromagnético u otro método de última generación, con el equipamiento necesario para su realización, con material descartable, reactivos, controles, calibradores, buffer, diluyentes, solución de lavado y todo insumo necesario para el procesamiento. Debe incluirse un calibrador de ISI con cada cambio de lote de la tromboplastina y un kit de validación de RIN. El equipamiento deberá contar con el soft necesario para todas las operaciones de funcionamiento, control de resultados, control de calidad, archivo de resultados e impresión de resultados.

El laboratorio posee un LIS (Sistema informático de laboratorio) y la empresa adjudicataria se hará cargo de la conexión al mismo tanto en soft como en materiales, debiendo expresar dicho compromiso por escrito en la oferta. La conexión al LIS deberá ser realizada en el momento de instalar la aparatología correspondiente (excluyente).

No se incluye material para la toma de muestra.

Se entregarán dos (2) coagulómetros totalmente automatizados de última generación, que realicen todas las determinaciones solicitadas en ambos equipos por igual.

Se deberá especificar las cantidades de cada uno de los reactivos controles y calibradores a entregar en volumen y número de kits (condición excluyente para la adjudicación)

Asimismo se incluirá el transporte, instalación, seguro, UPS, servicio de mantenimiento con repuestos incluidos a cumplimentar dentro de las 24 horas de solicitado y provisión de todo material necesario, que asegure el perfecto funcionamiento, sin cargo adicional para el Hospital, o sea a cargo de la firma proveedora. De no poder cumplimentarse en dicho plazo, la empresa efectuará la entrega de un equipo que determine los mismos parámetros, durante el tiempo que dure dicha reparación. Caso contrario se aplicara una multa diaria equivalente al doble del valor unitario de las determinaciones no realizadas.

La firma proveedora deberá certificar las óptimas condiciones iniciales del equipo, en caso de equipos usados deben tener una antigüedad menor o igual a dos años de uso , acondicionados para su correcto funcionamiento al igual que aquellos que ya estén instalados y garantizar el correcto desempeño del mismo durante todo el periodo del contrato. La firma se compromete a elaborar una ficha de mantenimiento preventivo y correctivo, que deberá ser cumplimentada por el servicio técnico de la empresa y controlada por el laboratorio receptor del equipamiento. Serán tenidos en cuenta los informes técnicos

\_\_\_\_\_  
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. : 12 / 12

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2018-Pub-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009152/2018

Emision 12/11/2018

P. P. : 2018-00000992

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

**HORA 12:00**

Detalle:

Valor del Pliego **5.800,00**

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.

de los equipos para las nuevas preadjudicaciones.

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 (8) ocho meses a partir de la fecha de entrega.

La firma proveedora deberá tener una antigüedad mínima de (2) dos 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 14 días como mínimo, si el Laboratorio del Hospital El Cruce así lo solicitase.

Los equipos y reactivos deben presentar aprobación del ANMAT (excluyente) y especificar el número de aprobación en cada renglón ofertado, ya sea PM o Disposición. Adjuntar copias de certificados.

La adjudicación se efectuará al menor precio global por empresa y que garantice el total de las determinaciones solicitadas.

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias 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 09:00 a 13:00 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