



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 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000041

2018

Número

Año

Expediente 2915-009117/2018

Emisión 01/11/2018

P. P. : 2018-00000991

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 08:00

Detalle: Corresponde al 29127/15

Valor del Pliego **4.300,00**

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	DETERMINACIONES DE MEDIO INTERNO (GASES EN SANGRE, GLUCOSA, LACTATO, SODIO, POTASIO, CLORO, CALCIO IONICO Y MAGNESIO IONICO)	40000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver Anexo

Periodo enero-dicimebre 2019

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DETERMINACIONES DE PRUEBAS DE HEMOGLOBINA Y TRANSPORTE DE OXÍGENO (COOXIMETRÍA)	1500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Ver Anexo

Periodo enero-dicimebre 2019

ANEXO

EQUIPAMIENTO EN COMODATO

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. : 2 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000041

2018

Número

Año

Expediente 2915-009117/2018

Emision 01/11/2018

P. P. : 2018-00000991

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 08:00

Detalle: Corresponde al 29127/15

Valor del Pliego **4.300,00**

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 deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

Laboratorios de hospitales de alta complejidad que poseen terapias intensivas pediátricas y de adultos, cirugía cardiovascular y/o trasplante de órganos.

Determinaciones de gases en sangre, ionograma y química con la provisión de equipamiento

RENGLÓN 1) 40000 Determinaciones de gases en sangre entera heparinizada con la provisión del equipamiento necesario para su realización, que determine los siguientes parámetros como mínimo: pH, pO₂, pCO₂ Saturación de oxígeno medida, bicarbonato y exceso de bases y efectúe el cálculo de: Anión Gap, FIO₂, bicarbonato Standard y real; determinaciones de Glucosa y/o Lactato por el método de electrodo enzimático, determinaciones de Sodio, Potasio, Cloro, Calcio iónico y Magnesio iónico (condición excluyente, por la complejidad de los servicios de terapia intensiva del Hospital El Cruce) en sangre entera heparinizada, suero o plasma, en orina y otros líquidos biológicos, por el método de electrodo Ion Selectivo.

RENGLÓN 2) 1500 Determinaciones de pruebas de hemoglobina y transporte de Oxígeno (Cooximetría) medidas y calculadas.

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

Los renglones 1 y 2 se ajustarán a las siguientes condiciones:

Incluye material descartable, reactivos, controles de calidad internos incorporados dentro del equipo (excluyente), calibradores, buffer diluyentes, solución de lavado y todo insumo necesario para el procesamiento. No incluye el material para la toma de muestra. La provisión de controles de calidad internos deberá asegurar el mismo lote de controles por un periodo no menor a 6 meses para ser procesados en forma automática y deben participar de programas interlaboratoriales para la planificación estadística del Control de Calidad Interno con grupo par robusto. Se deberán entregar dos Autoanalizadores multiparamétricos (condición excluyente debido a la complejidad del Hospital El Cruce) en carácter de préstamo, ambos con todos los parámetros solicitados y además un analizador de electrolitos para Sodio, Potasio y Cloro que permita determinaciones en sangre y otros fluidos biológicos con todo lo necesario para su funcionamiento (reactivos, membranas, soluciones de limpieza, calibradores, tubuladuras, etc.). Ambos autoanalizadores multiparamétricos deberán contar con controles de calidad internos incorporados para ser procesados en forma automática.

Asimismo se incluirá el transporte, instalación, seguro, UPS, servicio de mantenimiento con repuestos incluidos a cumplimentar dentro de las 24 horas de solicitado incluyendo sábados, domingos y feriados y provisión de todo material necesario, que asegure el perfecto funcionamiento, sin cargo adicional para el Hospital, o sea a cargo de la firma

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 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000041

2018

Número

Año

Expediente 2915-009117/2018

Emision 01/11/2018

P. P. : 2018-00000991

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 08:00

Detalle: Corresponde al 29127/15

Valor del Pliego **4.300,00**

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.

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.

El equipamiento deberá contar con el soft necesario para todas las operaciones de funcionamiento. El laboratorio posee un LIS (sistema informático de laboratorio) y la empresa adjudicataria se hará cargo de la conexión al mismo de todo el equipamiento, 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).

La firma proveedora deberá realizar el entrenamiento y capacitación 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 (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. Adjuntar copia de certificados. Se deberá presentar el manual operativo original de la fábrica.

La firma proveedora deberá certificar las óptimas condiciones iniciales del equipo, en caso de equipos usados (la antigüedad deberá ser menor a 6 años) o 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, según corresponda, tanto por el laboratorio receptor del equipamiento, como por el servicio técnico de la empresa. Para equipos nuevos se deberá proveer el material para la verificación del equipo de acuerdo a las guías de CLSI (Ej: ampollas para el protocolo de linealidad). Serán tenidas en cuenta los informes técnicos de los equipos para las nuevas preadjudicaciones.

La adjudicación de los renglones 1 y 2 serán consideradas en conjunto y la adjudicación se efectuará al menor precio global por empresa y que garantice el total de las determinaciones solicitadas, pudiéndose efectuar dichas determinaciones en (1) uno, o más equipos, considerando la posibilidad de preadjudicar el mínimo número de equipamiento necesario.

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. : 4 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000041

2018

Número

Año

Expediente 2915-009117/2018

Emission 01/11/2018

P. P. : 2018-00000991

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 14 DE NOVIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Laboratorio**

HORA 08:00

Detalle: Corresponde al 29127/15

Valor del Pliego **4.300,00**

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.

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.

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello