

SEÑORES: -----

Sírvase cotizar precio por el suministro que se indica a continuación de acuerdo con las especificaciones que se adjudica.

Saludo a Ud. (s) muy atte.

Apertura Día: **01** Mes: **4** Año: **2019** a las **11: 00** Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES-M.T.ALVEAR 145 8VO PISO CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
1	MESA DE ANESTESIA (INDICAR CARACTERISTICAS) MESA RODANTE: EQUIPADA CON SUPERFICIE DE TRABAJO PREFERENTEMENTE DE ACERO INOXIDABLE. PLANO DE SOPORTE PARA MONITOR MULTIPARAMETRICO. ROTAMETROS DE OXIGENO, AIRE Y OXIDO NITROSO PREFERENTEMENTE RETROILUMINADOS. OPCIONALMENTE PUEDE CONTAR CON ROTAMETROS SIN ESCALA Y MEDICION DIGITAL DE FLUJO. PROVISTO DE RUEDAS CON UN DIAMETRO PREFERENTEMENTE NO MENOR A 10CM LAS DOS RUEDA DELANTERAS DEBERAN ESTAR PREVISTAS DE FRENOS. CON SOPORTES PARA TODOS LOS COMPONENTES RESTANTES (VENTILADOR, VAPORIZADORES, LINEAS RESPIRATORIAS, ETC). TABLERO ELECTRICO AUXILIAR PARA ALIMENTACION DE MONITORES Y OTROS ACCESORIOS. SALIDA AUXILIAR DE OXIGENO PREFERENTEMENTE CON FLOWMETER. PREFERENTEMENTE CON SISTEMA DE ASPIRACION AUXILIAR PARA EL USO DEL ANESTESIOLOGO EN EL TRABAJO CON LA VIA AEREA. DEBERA POSEER ALARMAS Y SISTEMAS DE SEGURIDAD ANTE LA AUSENCIA O BAJA PRESION DE OXIGENO CUANDO SE ESTE UTILIZANDO OXIDO NITROSO. VENTILADOR MICROPROCESADO CON FUELLE DESCENDENTE CON LA INSPIRACION CON VTIDAL NO MENOR A 1500 ml. MODOSVENTILATORIOS DE CICLADO CON VOLUMEN CONTROLADO, PRESION CONTROLADA, ESPONTANEA Y PREFERENTEMENTE CON SIMV Y PRESION DE SOPORTE. POSIBILIDAD DE ANESTESIA UTILIZANDO FLUJO MINIMO APTO PARA SU USO EN PACIENTES ADULTOS Y PEDIATRICOS. EQUIPADO CON SENSOR DE FLUJO TAL QUE PUEDA PROGRAMARSE SOLO CON FIJAR TIEMPO INSPIRATORIO, RELACION I:E, VOLUMEN Y FRECUENCIA CONTROL PEEP. MONITOREOS DE VARIABLES ANTE MENCIONADAS. DOTADO DE ALARMAS AUDIBLES Y VISUALES PARA VALORES MAXIMOS Y MINIMOS DE PRESION INSPIRATORIA, APNEA, VOLUMEN MINUTO, GUARDIA ANTIHIPOXICA, ETC. PREFERENTEMENTE COPN MEDICION DE FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO Y SUS ALARMAS CORRESPONDIENTES ANTE VALORES MAXIMOS Y MINIMOS SETEADOS POR EL USUARIO. EQUIPADA CON BATERIA INTERNA (EN EL VENTILADOR O EN LA MESA RODANTE) CON UNA AUTONOMIA MINIMA DE 2 HORAS. ACCESORIOS: PULMON ARTIFICIAL DE PRUEBA Y CALIBRACION. 1 (UNO) JUEGOS DE LINEA DE PACIENTE CON FILTRO ANTIBACTERIAL INCLUIDO. MANGUERAS Y CABLES TAL QUE TENIENDO DISPONIBLES 220VCA,	UN	2,0000		

TRANSPORTE

SEÑORES: -----

Sírvase cotizar precio por el suministro que se indica a continuación de acuerdo con las especificaciones que se adjudica.

Saludo a Ud. (s) muy atte.

Apertura Día: **01** Mes: **4** Año: **2019** a las **11: 00** Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES-M.T.ALVEAR 145 8VO PISO CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
TRANSPORTE					
	O2,AIRE COMPRIMIDO Y OXIDO NITROSO EL EQUIPO QUEDE LISTO PARA SU USO. SE REQUIERE LA EXISTENCIA DE SERVICIO TECNICO OFICIAL PARA EL EQUIPO DENTRO DEL PAIS Y PREFERENTEMENTE EN LA PROVINCIA DEL CHACO. PROVISION EN EL PAIS DE REPUESTOS,CONSUMIBLES,ACCESORIOS Y TODO LO QUE HAGA FALTA PARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO. PREFERENTEMENTE DEBEN EXISTIR ESTOS PRODUCTOS O COMPATIBLES DE INDUSTRIA NACIONAL. SE DEBEN ADJUNTAR MANUALES DE USUARIO Y TECNICO CON DIAGRAMAS ELECTRICOS Y ELECTRONICOS. CERTIFICACION Y GARANTIA TANTO LA EMPRESA COMO EL EQUIPO DEBERAN ESTAR REGISTRADOS Y APROBADOS POR ANMAT, CERTIFICADO DE GARANTIA POR EL LAPSO DE UN (1) AÑO EN TODOS SUS COMPONENTES POR MAL FUNCIONAMIENTO, DEFECTOS DE FABRICACION O DAÑOS SUFRIDOS ANTES DE LA ENTREGA (FLETE O FABRICA). LA EMPRESA VENDEDORA DEBERA HACERSE CARGO DE LOS GASTOS DE ENVIO PARA CUALQUIER REPARACION O CAMBIO EN CONCEPTO DE GARANTIA. PRESENTAR FOLLETOS ILUSTRATIVOS PREFERENTEMENTE CON DETALLES TECNICOS DE MATERIALES, DIMENSIONES ETC. ORIGEN DE INSUMOS, ACCESORIOS Y REPUESTOS. CERTIFICACION DE ANMAT PARA FABRICACION Y/O VENTA DE EQUIPO OFRECIDO.				
TOTAL GENERAL					

PROVINCIA DEL CHACO
06 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

RESISTENCIA, 25/03/2019
Licitación Privada Nro 01706

SEÑORES: -----

Sírvase cotizar precio por el suministro que se indica a continuación de acuerdo con las especificaciones que se adjudica.

Saludo a Ud. (s) muy atte.

Apertura Día: 01 Mes: 4 Año: 2019 a las 11: 00 Horas

Lugar apertura UNIDAD DE CONTRATACIONES-M.T.ALVEAR 145 8VO PISO CASA DE GOBIERNO

Ren.	Descripción	UM	Cantidad	PU	Total
TRANSPORTE					

Plazo Entrega: 30 - Día/s

Queda Ud. invitado

Mantenimiento de la oferta: 50 Día/s

Saludo a Ud. Atte.

Condiciones de pago: 30 DIAS

Otras condiciones: LUGAR DE ENTREGA: AVDA.9 DE JULIO 1099 RCIA. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA HOSPITAL DR. JULIO C. PERRANDO
DEBERAN PRESENTAR:
DOCUMENTO DE GARANTIA DEL 1% DEL TOTAL COTIZADO
CONSTANCIA INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE PROVEEDOR ACTUALIZADA
CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR ATP ACTUALIZADA
CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE ATP
CONSTANCIAS DE INSCRIPCION AFIP ACTUALIZADA
CONSTANCIA DE CBU DE CUENTA BANCARIA NUEVO BANCO DEL CHACO S.A. PERSONALIZADA.
PORDER ESPECIAL DE LOS FIRMANTES AUTORIZADOS
CONSTANCIA DE RENUNCIAN A LOS FUEROS FEDERALES DE LOS PROVEEDORES QUE NO ESTEN RADICADO EN LA PROVINCIA.

Lugar y fecha _____

Firma Responsable Dir. Administración

Firma proponente