Fecha: 03/11/26

Compra N°: 339/2026-525

P.A.: Nº 60420 Letra E Año 2026 Ámbito 1728
Apertura 27/10/26 - 12:00

Cotización con destino a: FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCI

Renglón	Insumo

Oferente	Alt	Precio Ref.	Cant. Ofertada	Cant. Bonificada	Cant. Adjudicada	Precio Unit. C/Bon	Precio Unitario	Precio Total Adjud.C/Bon	Precio Total Adjudicado

1 **401030352-1 Equipo Doppler Transcraneal Unidad**

***** Doppler transcraneal portátil
Especificaciones técnicas mínimas
Sistema portátil Doppler Transcraneal
Modo de trabajo: Modo M, hasta 64 muestras por canal
Software: intracraneal / extracreaneal, cerebral y peritoneal
Ventana espectral simultánea para diagnóstico: 6 o más
Ventana espectral simultanea para monitoreo: 2 mínimo
Velocidad detectable con transductor de 2 MHz: 960 cm/s como mínimo
Conectores individuales para transductores
Monitor LCD color táctil
Sistema operativo Windows 7 o superior
RAM 8 GB mínimo
Puerto USB, HDMI y DP
Alimentación: 220 V 50 Hz
Accesorio mínimos
Dos (2) transductores de 2 MHz.
Un (1) transductor de 4 MHz.
Un (1) transductor de 8 MHz.
Casco de sujeción
Bolso para traslado
CONSIDERACIONES GENERALES
NOTA 1: LOS OFERENTES DEBERÁN MENCIONAR MARCA, MODELO, INFORME TÉCNICO QUE ACREDITE EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS EN EL ANEXO Y TODO DATO CONDUCENTE POR EJEMPOLO FOLLETOS ILUSTRATIVOS E. LA NO PRESENTACIÓN DE CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DESESTIMARA LA OFERTA.
NOTA 2: EL EQUIPO SE DEBE ENTREGAR CON TODOS LOS ACCESORIOS BÁSICOS Y NECESARIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.
NOTA 3: LOS VALORES Y RANGOS INDICADOS SON DESCRIPTIVOS A MODO DE INDICAR LAS
CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO A ADQUIRIR Y NO EXCLUYENTES, QUEDANDO A JUICIO DE LA COMISIÓN EVALUADORA LA APROBACIÓN DE LO OFERTADO.
NOTA 4: SE DEBERÁ PRESENTAR GARANTÍA DE DOCE (12) MESES CONTRA TODO DEFECTO DE
FABRICACIÓN. EN EL CASO EN QUE EL EQUIPO HAGA USO DE LA GARANTÍA, ESTA ÚLTIMA DEBERÁ AMPLIARSE EL PERÍODO DURANTE EL CUAL EL EQUIPO SE ENCONTRÓ FUERA DE SERVICIO.
NOTA 5: EL TRANSPORTE (FLETE) DEBE ESTAR A CARGO DEL PROVEEDOR.-
NOTA 6: INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y CAPACITACIÓN A USUARIOS Y PERSONAL TÉCNICO, DEBERÁ ESTAR A CARGO DEL PROVEEDOR EN SU TOTALIDAD. SE ACEPTARÁ CAPACITACIÓN ONLINE EN C
NOTA 7: SE DEBERÁ PRESENTAR EN CASO DE EXISTIR CERTIFICACIÓN DEL EQUIPO, TAL COMO ANMAT, CE, IRAM e ISO, PARA EL ANÁLISIS Y PONDERACIÓN TÉCNICA EFECTUADA POR EL COMITÉ DE PREADJUDICACIÓN
Plazo de entrega: 30 días posteriores a la notificación de la orden de compra.
Lugar de entrega: Departamento de Gestión de Tecnologías Médicas Zona Sur, Hospital Regional de Ushuaia. Calle Av. 12 de Octubre N° 65, Ciudad de Ushuaia, Tierra del Fuego, CP: 9410.

APLICACIONES MEDICAS SA	0	1,00	1,00	0,00	0,00	55.200.000,00	55.200.000,00	0,00	0,00

Marca: RIMED Laboratorio: Estado Oferente: Habilitado

D. Amp. I.: Equipo Doppler Transcraneal - cotiza SISTEMA PORTATIL DOPPLER TRANSCRANEAL - Marca RIMED, Modelo Digi-Lite 2.0 2 CH (ver características en documentación adjunta)
[2026 525-368] Doppler transcraneal portátil
Especificaciones técnicas mínimas
Sistema portátil Doppler Transcraneal
Modo de trabajo: Modo M, hasta 64 muestras por canal
Software: intracraneal / extracreaneal, cerebral y peritoneal
Ventana espectral simultánea para diagnóstico: 6 o más
Ventana espectral simultanea para monitoreo: 2 mínimo
Velocidad detectable con transductor de 2 MHz: 960 cm/s como mínimo

Fecha: 03/11/26

Compra N°: 339/2026-525

P.A.: Nº 60420 Letra E Año 2026 Ámbito 1728
Apertura 27/10/26 - 12:00

Cotización con destino a: FE FDO. DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS SOCI

Renglón	Insumo									
Oferente		**Alt**	**Precio Ref.**	**Cant. Ofertada**	**Cant. Bonificada**	**Cant. Adjudicada**	**Precio Unit. C/Bon**	**Precio Unitario**	**Precio Total Adjud.C/Bon**	**Precio Total Adjudicado**

Conectores individuales para transductores
Monitor LCD color táctil
Sistema operativo Windows 7 o superior
RAM 8 GB mínimo
Puerto USB, HDMI y DP
Alimentación: 220 V 50 Hz
Accesorio mínimos
Dos (2) transductores de 2 MHz.
Un (1) transductor de 4 MHz.
Un (1) transductor de 8 MHz.
Casco de sujeción
Bolso para traslado
CONSIDERACIONES GENERALES
NOTA 1: LOS OFERENTES DEBERÁN MENCIONAR MARCA, MODELO, INFORME TÉCNICO QUE ACREDITE EL CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS REQUERIDAS EN EL ANEXO Y TODO DATO CONDUCENTE POR EJEMPOLO FOLLETOS ILUSTRATIVOS E. LA NO PRESENTACIÓN DE CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DESESTIMARA LA OFERTA.
NOTA 2: EL EQUIPO SE DEBE ENTREGAR CON TODOS LOS ACCESORIOS BÁSICOS Y NECESARIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.
NOTA 3: LOS VALORES Y RANGOS INDICADOS SON DESCRIPTIVOS A MODO DE INDICAR LAS CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO A ADQUIRIR Y NO EXCLUYENTES, QUEDANDO A JUICIO DE LA COMISIÓN EVALUADORA LA APROBACIÓN DE LO OFERTADO.
NOTA 4: SE DEBERÁ PRESENTAR GARANTÍA DE DOCE (12) MESES CONTRA TODO DEFECTO DE FABRICACIÓN. EN EL CASO EN QUE EL EQUIPO HAGA USO DE LA GARANTÍA, ESTA ÚLTIMA DEBERÁ AMPLIARSE EL PERÍODO DURANTE EL CUAL EL EQUIPO SE ENCONTRÓ FUERA DE SERVICIO.
NOTA 5: EL TRANSPORTE (FLETE) DEBE ESTAR A CARGO DEL PROVEEDOR.-
NOTA 6: INSTALACIÓN, PUESTA EN MARCHA DEL EQUIPO Y CAPACITACIÓN A USUARIOS Y PERSONAL TÉCNICO, DEBERÁ ESTAR A CARGO DEL PROVEEDOR EN SU TOTALIDAD. SE ACEPTARÁ CAPACITACIÓN ONLINE EN C
NOTA 7: SE DEBERÁ PRESENTAR EN CASO DE EXISTIR CERTIFICACIÓN DEL EQUIPO, TAL COMO ANMAT, CE, IRAM e ISO, PARA EL ANÁLISIS Y PONDERACIÓN TÉCNICA EFECTUADA POR EL COMITÉ DE PREADJUDICACIÓN
Plazo de entrega: 30 días posteriores a la notificación de la orden de compra.
Lugar de entrega: Departamento de Gestión de Tecnologías Médicas Zona Sur, Hospital Regional de Ushuaia. Calle Av. 12 de Octubre N° 65, Ciudad de Ushuaia, Tierra del Fuego, CP: 9410.