


**HOSPITAL CUENCA ALTA  
NESTOR KIRCHNER SAMIC**

 Ruta Provincial Nº 6, cruce con la Ruta 205, Cañuelas,  
Provincia de Buenos Aires;

C.U.I.T.: 30-71508015-6 IVA: Exento

[compras@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto:compras@hospitalcuencaalta.org.ar)
**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
LICITACION PUBLICA**

 Número **007** Año **2026**

Ejercicio 2026 - 2027

*Ref./ Adquisición de Insumos varios para el Servicio de Diagnostico por Imágenes de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C*

 Pedido de Provisión: **010-2026** Fecha **03/02/2026**
**FECHA DE APERTURA: VIERNES 06 DE MARZO DE 2026 A LAS 10:00 HORAS**

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

**VALOR DEL PLIEGO \$ 40.000,00**
**SEÑOR PROVEEDOR:** Solicitamos a Usted 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 Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC, el carácter de Exento.

**INSUMOS SERVICIO DIAGNOSTICO POR IMAGENESHKANK SAMIC**

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO	MARCA COTIZADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<b>INSUMOS PARA RESONANCIA MAGNETICA</b>					
1	GADOPENTANO DIMEGLUMINA (GADOLINIO) EV 469MG/ML FRANCO X 15ML	600			
<b>INSUMOS PARA REALIZACION DE VIDEO FLUOROSCOPIAS DEGLUTORIAS</b>					
2	SULFATO DE BARIO 99% P/P POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL x 340g	18			
<b>INSUMOS PARA INTERVENCIONISMO MAMARIO</b>					
3.1	AGUJAS DE CORTE PARA BIOPSIA HISTOLOGICA TIPO TRU-CUT PARA DISPARADOR AUTOMATICO MEDIDA 14 GA X 10 CM *	120			
3.2	AGUJAS DE CORTE PARA BIOPSIA HISTOLOGICA TIPO TRU-CUT CON COAXIAL PARA DISPARADOR AUTOMATICO MEDIDA 14 GA X 10 CM	24			
3.3	DISPARADOR AUTOMÁTICO PARA AGUJAS DE BIOPSIA TIPO TRU-CUT.	<b>NOTA: en caso de proponerse Agujas no compatibles con Disparador Automático DANA 2.2 MG se deberá efectuar entrega de ENTREGA EN COMODATO SIN CARGO DE MANERA CONJUNTA CON PROVISIÓN DE RG 3.1 y RG 3.2</b>			
<b>INSUMOS PARA RADIOLOGIA</b>					
4.1	PELICULA 25 X 30 CM MAMOGRAFICA X UNIDAD CARESTREAM	2880			
4.2	PELICULA 20 X 25 CM X UNIDAD CARESTREAM	1800			

4.3	IMPRESORA EN COMODATO PARA PELICULAS RADIOLOGICAS MARCA CARESTREAM MODELO DRYVIEW 5950 LASER IMAGEN	<b>ENTREGA EN COMODATO SIN CARGO DE MANERA CONJUNTA CON PROVISIÓN DE RG 4.1 Y RG 4.2</b>
TOTAL EN LETRAS: _____		

**ACEPTACIÓN DE CONDICIONES:** La presentación de ofertas implica el conocimiento y aceptación del Pliego de Bases y Condiciones Generales con el sometimiento a todas sus disposiciones, así como también a las del Pliego de Condiciones Particulares y del Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en [www.hospitalcuenciaalta.org.ar](http://www.hospitalcuenciaalta.org.ar)

Además, la presentación de Oferta implicara la **DECLARACIÓN POR PARTE DEL OFERENTE QUE EL MISMO NO HA SIDO DEMANDADO POR LA NACIÓN Y/O LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES O SUS ENTIDADES DESCENTRALIZADAS POR CAUSAS FISCALES O CONTRACTUALES**, y de **QUE LA FIRMA NO UTILIZA NI UTILIZARÁ MANO DE OBRA INFANTIL** EN ninguno de los segmentos de sus procesos de conformidad con las normas legales vigentes.

**CONDICIONES DE CONTRATACIÓN: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Publica 007/2026.**

**OBTENCION DEL PLIEGO DE CONDICIONES PARTICULARES.-.** Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la Oficina de Compras y Contrataciones del Hospital, con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, previa acreditación del depósito de la suma establecida de **Pesos Cuarenta Mil (\$40.000,00)** en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290, Avda. Libertad 698 de la Localidad de Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires. La Obtención del Pliego podrá resultar previa acreditación del valor establecido de manera presencial en la referida Oficina de Compras y Contrataciones en la sede del HCANK.

**PLAZO MANTENIMIENTO OFERTA.** Los oferentes deberán mantener las ofertas por el plazo de 30 días hábiles contados a partir de la fecha del acto de apertura.

**PLAZO DE CUMPLIMIENTO Y VIGENCIA DE LA PRESTACIÓN.** La prestación del servicio se extenderá por un periodo de **12 (Doce) Meses**. El Inicio de la prestación del Servicio deberá efectuarse con anterioridad a los 10 (diez) días desde el momento de recepción de la orden de compra o bien desde la fecha que resulte dispuesta o según propuesta.

**CANTIDADES ESTIMADAS. MONTO TOTAL PRESTACIONAL.** La suma adjudicada resultará del cálculo de los valores Unitarios cotizados por las cantidades estimadas por renglón, **determinándose el Monto Total, el que resultará el Monto máximo hasta el cual se podrá proceder al cumplimiento de la prestación. Asimismo, el cumplimiento prestacional podrá efectuarse con la superación o disminución de dichas cantidades estimadas por Renglón, según las necesidades de la Institución, teniéndose como tope el Monto Total referido.**

**ENTREGAS -TIEMPO, MODO Y FORMA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.** La provisión de los insumos integrantes de la presente prestación se efectuará periódicamente de acuerdo a las necesidades del HCANK desde la Dirección Médica y/o los Centros de Pedidos autorizados. **Toda recepción de bienes y efectos debe realizarse obligatoriamente en días hábiles, entre las OCHO (8) y las QUINCE (15) horas. No se permitirán entregas fuera de los referidos días y horarios establecidos a tal fin, salvo pedido expreso del proveedor y consecuente autorización por parte de las autoridades del HCANK**

**FORMA DE FACTURACION Y CONDICION DE PAGO:** la Facturación se deberá efectuar de acuerdo a Orden de Compra y según INSUMOS requeridos y entregados. El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. El plazo comenzará a contarse a partir del día siguiente a la presentación de la factura. El término fijado se interrumpirá si existieran observaciones sobre la documentación pertinente u otros trámites a cumplir imputables al proveedor. **Se podrán considerar propuestas formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.**

**FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA.**

**EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCEPCIONALES.**

**NOTA: EL presente Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante societario con facultades suficientes a tal fin en carácter de declaración jurada.**

<b>FIRMA</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	
<b>CARGO</b>	
<b>Nº D.N.I.</b>	
<b>LUGAR Y FECHA</b>	