


**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
**PEDIDO DE COTIZACIÓN
LICITACION PUBLICA**

 Número **012** Año **2026**

Ejercicio 2026-2027

 Ref./ Adquisición de Insumos Varios para el Servicio de Hemodinamia de este
Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: 015-2026 Fecha 04/02/2026

FECHA DE APERTURA: JUEVES 12 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 \$ 45.000,00
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 DE HEMODINAMIA

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO	MARCA COTIZADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	BALON CORONARIO DE CORTE PARA ATERECTOMIA LONGITUDINAL (CUTTING BALLOON). CON PUERTO DE INTERCAMBIO RAPIDO. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	2			
2	BALON ELASTOMERICO SEMICOMPLACIENTE. CON MARCA RADIOPACA. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	2			
3	CATETER DE ASPIRACIÓN DE TROMBO INTRACORONARIO. CON SISTEMA DE INTERCAMBIO RAPIDO, COMPARTIBLE CON CATETER GUIA 5FR - 6FR. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	2			
4	CATETER PARA ECOGRAFIA INTRACORONARIA DE 40-60 MHZ. COMPATIBLE CON CATETER GUIA 6fr-5fr Y CUERDA DE 0.014". PERFIL DE ENTRADA 0.026" - 0.017" (DEBE INCLUIR CONSOLA DE ASISTENCIA). VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	4			
5	EXTENSOR DE INTERCAMBIO RAPIDO PARA CATETER 6 FR. UNIDAD	5			
6	GUIA BAROMETRICA CORONARIA 0.014". PARA MEDICION DE FR. INCLUYE CONSOLA EN COMODATO. UNIDAD	4			
7	KIT DE ASPIRACION. PARA TROMBECTOMIA MECANICA ARTERIAL O VENOSA, INCLUYE CATETER DE ASPIRACION, DEBE INCLUIR CONSOLA DE COMANDO. UNIDAD	2			

8	KIT DE EXTRACCIÓN ENDOVASCULAR. COMPUESTO POR SHAFT DE NITINOL CON LAZO DISTAL DE 25 MM RECUBIERTO CON ALEACIÓN DE ORO Y TUNGSTENO, CATETER DE LIBERACIÓN DE 4 FR. UNIDAD	2			
9	KIT DE EXTRACCIÓN ENDOVASCULAR. COMPUESTO POR SHAFT DE NITINOL CON LAZO DISTAL DE 30 MM RECUBIERTO CON ALEACIÓN DE ORO Y TUNGSTENO, CATETER DE LIBERACIÓN DE 4 FR. UNIDAD	2			
10	KIT PARA PERICARDIOCENTESIS. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	2			
11	KIT PARA TROMBOLISIS ASISTIDA. POR ULTRASONIDO. UNIDAD	2			
12	SISTEMA DE TROMBECTOMIA FARMACOMECANICO CON ASPIRACIÓN ACTIVA, ISOVOLUMÉTRICO Y CAPACIDAD DE INFUSIÓN DE AGENTES TROMBOLÍTICOS POWER PULSE™. DEBE INCLUIR PROVISIÓN DE CONSOLA EN COMODATO. UNIDAD	2			
13	BALON PERIFERICO COMPATIBLE CON GUIA 0.014". OVER THE WIRE. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	5			
14	BALON PERIFERICO CON SISTEMA DE INTERCAMBIO RAPIDO PARA ANGIOPLASTIA RENAL O CAROTIDEO COMPATIBLE DE GUIA 0.014". VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	5			
15	BALON PERIFERICO PARA DILATACION VENOSA DE ALTA PRESION. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	5			
16	BALON PERIFERICO PARA TERRITORIO FEMORO-POPLITEO OTW COMPATIBLE CON GUIA 0.035". VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	12			
17	BALON PERIFERICO PARA TERRITORIO FEMORO-POPLITEO OTW COMPATIBLE CON GUIA 0.035" FARMACOLOGICO. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	12			
18	BALON PERIFERICO PARA TERRITORIO ILIACO COMPATIBLE CON GUIA 0.035". VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	17			
19	BALON PERIFERICO PARA TERRITORIO INFRAPOPLITEO COMPATIBLE CON GUIA 0.018" FARMACOLOGICO. OVER THE WIRE. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	12			

20	BALON PERIFERICO PARA TERRITORIO INFRAPOPLITEO COMPATIBLE CON GUIA 0.018". OVER THE WIRE. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	17			
21	CATETER PERIFERICO SUPPORT HIDROFILICO. CON MARCAS RADIOPACAS. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	17			
22	DISPOSITIVO DE COMPRESION ARTERIAL RADIAL. UNIDAD	36			
23	GUIA 0.035" TEFLONADA. PARA TAVI (IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO) CON PUNTA PREFORMADA. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	12			
24	SET DE PUNCIÓN TRANSEPTAL DEFLACTABLE (COMPUESTO POR AGUJA DE PUNCIÓN, DILATADOR Y VAINA). UNIDAD	2			
25	INTRODUCTOR PARA CATETERES DE MARCAPASOS. PEEL AWAY. UNIDAD	17			
26	CATETER DE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DEFLECTABLE. CON SUS RESPECTIVOS CONECTORES. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	24			
27	CATETER DE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA. IRRIGADO CON CONECTOR. UNIDAD	5			
28	CATETER DIAGNOSTICO CUADRIPOLAR DEFLECTABLE. INCLUYE CONECTORES. UNIDAD	12			
29	CATETER DIAGNOSTICO DECAPOLAR DEFLECTABLE. INCLUYE CONECTORES. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	24			
30	CATETER DIAGNOSTICO DUODECAPOLAR DEFLECTABLE. INCLUYE CONECTORES. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	12			
31	CATETER DIAGNOSTICO DUODECAPOLAR DEFLECTABLE. CIRCULAR. PARA VENA PULMONAR CON CONECTOR. UNIDAD	5			
32	PARCHE DE MAPEO ELECTROANATOMICO. INCLUYE KIT DE CATETERES PARA ARRITMIAS AURICULARES Y VENTRICULARES. UNIDAD	4			
33	PARCHE DE MAPEO ELECTROANATOMICO. INCLUYE KIT DE	4			

	CATETERES PARA FIBRILACION AURICULAR. UNIDAD				
34	PLACA DE DISPERSION DE RADIOFRECUENCIA. NO CONICO. PUNTA CURVA TIPO MAESTRO. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	36			
35	ADHESIVO TISULAR. UNIDAD	1			
36	BALON DE DOBLE LUMEN DE 0.0165". ALTA PRESION PARA ESTENOSIS INTRACRANEALES COMPATIBLE CON STENT PARA ESTENOSIS INTRACRANEALES. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	2			
37	CATETER BALON DE REMODELING VENOSO COMPATIBLE CON GUIA 0.014". VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	3			
38	CATETER DE REPERFUSION. DE 0.068". POR 132 CM. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	5			
39	CATETER DE REPERFUSION. DE 0.072". POR 132 CM. VARIAS MEDIDAS UNIDAD	5			
40	CATETER GUIA NEUROLOGICO CURVO. 0.070" MAS CATETER SELECTIVO. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	6			
41	CATETER GUIA NEUROLOGICO CURVO. 0.096" MAS CATETER SELECTIVO. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	12			
42	CATETER INTRACRANEAL SUPPORT. 5 FR. 0.058" DE 115 CM. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	5			
43	CATETER INTRACRANEAL SUPPORT. 6 FR. 0.070" DE 115 CM. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	5			
44	MICROCATETER DE 0.021". VARIAS MEDIDAS UNIDAD	17			
45	MICROCATETER DIRIGIDO POR FLUJO. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	12			
46	MICROCATETER DOBLE LUMEN CON BALON P/ OCLUSION, SUPERCOMPLACIENTE COMPATIBLE CON GUIA 0.014". REMODELING DE CUELLO ANEURISMATICO. DMSO COMPATIBLE. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	12			
47	MICROCATETER NEUROLOGICO. N°27 VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	7			

48	MICROCATETER PUNTA RECTA. N°10 PARA 0.0165". VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	17			
49	MICROCATETER. FLUJO DIRIGIBLE 1.5FR CON PUNTA DESPRENDIBLE DE 1.5 CM. COMPATIBLE CON DMSO 165 CM. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	12			
50	MICROGUIA. PUNTA SUAVE Y DOBLE ANGULO 0.014". LONGITUD 200 CM. UNIDAD	24			
51	MICROGUIA. VARIAS MEDIDAS DE 0.007 IN. LONGITUD 210 CM. UNIDAD	17			
52	MICROGUIA. VARIAS MEDIDAS DE 0.008 IN. LONGITUD 210 CM. UNIDAD	12			
53	VIAL DE AGENTE EMBOLIZANTE. LIQUIDO DE ETILEN VINIL ALCOHOL/DIMETIL SULFÓXIDO DE 12CP. CON SISTEMA MEZCLADOR PARA PREPARACIÓN. UNIDAD	7			
54	VIAL DE AGENTE EMBOLIZANTE. LIQUIDO DE ETILEN VINIL ALCOHOL/DIMETIL SULFÓXIDO DE 18CP. CON SISTEMA MEZCLADOR PARA PREPARACIÓN. UNIDAD	5			
55	VIAL DE AGENTE EMBOLIZANTE. LIQUIDO DE ETILEN VINIL ALCOHOL/DIMETIL SULFÓXIDO DE 34CP. CON SISTEMA MEZCLADOR PARA PREPARACIÓN. UNIDAD	2			
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 Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en 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 012/2026.

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 y Cinco Mil (\$ 45.000,00)** 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.

FORMA DE COTIZAR. La presentación de ofertas podrá resultar por parte o por la totalidad de renglones. Las marcas que pudieran resultar referidas son al solo efecto de ejemplificar las cualidades del insumo solicitado.

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 Y FORMA DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. PRORROGA. CANTIDADES ESTIMADAS. La prestación del servicio se extenderá por un periodo de 12 (Doce) Meses con opción a Prorroga de hasta por un periodo de 12 (Doce) meses a cuenta, orden y consideración del Hospital, previa notificación al prestador del servicio con una antelación de 60 días de la finalización de dicho periodo. 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.

Las cantidades totales por renglón consignadas resultan únicamente a modo estimativo, en consecuencia, durante la vigencia del periodo prestacional establecido, los requerimientos de entrega efectuados por el HCANK serán realizados conforme las necesidades efectivas de la Institución y a exclusivo juicio de este Hospital, pudiendo resultar en una superación o disminución de dichas cantidades.

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.

En el caso de que las cantidades consumidas y las necesidades del HCANK, demanden un consumo mayor que implique una AMPLIACION del Monto total referido, dicho consumo deberá contar con autorización previa por parte de la DIRECCION DE ADMINISTRACION del HCANK para la efectiva prestación del servicio.

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. La provisión de los insumos integrantes de la presente, procederá obligatoriamente en días hábiles, entre las OCHO (8) y las DIECISEIS (16) horas, implicando falta grave el apartamiento de la presente prescripción y responsabilidad del agente que incurra en la misma. 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.

LA ENTREGA DE LOS INSUMOS RESULTARÁ SEGÚN REQUERIMIENTO Y CON ENTREGA INDEFECTIBLE ANTE LA COMISION DE RECEPCION DEL HCANK comisionderecepcion@hospitalcuencaalta.org.ar en la sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires. Hágase constar que es requisito para la recepción de los insumos **LA PRESENTACION DEL REMITO ORIGINAL** al momento de la entrega de los mismos.

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.

FIRMA	
NOMBRE Y APELLIDO	
CARGO	
Nº D.N.I.	
LUGAR Y FECHA	