


**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 **063** Año **2025**

Ejercicio 2025

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: 107-2025 Fecha 25/06/2025

FECHA DE APERTURA: MIERCOLES 06 DE AGOSTO DE 2025 – 10:00 HORAS

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

VALOR DEL PLIEGO \$ 30.000,00
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	AGUJA DE PUNCION FEMORAL. COMPATIBLE CON GUIA 0.038". UNIDAD	75			
2	BALON CON SISTEMA DE INTERCAMBIO RAPIDO. NO COMPLACIENTE CORONARIO CON ALTA PRESION DE INSUFLADO. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	170			
3	BALON CON SISTEMA DE INTERCAMBIO SEMICOMPLACIENTE CORONARIO. CON ALTA PRESION DE INSUFLADO. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	30			
4	BALON DE DOBLE LUMEN DE 0.0165", ALTA PRESION PARA ESTENOSIS INTRACRANEALES COMPATIBLE CON STENT PARA ESTENOSIS INTRACRANEALES. VARIAS MEDIDAS	3			
5	BALON PERIFERICO PARA TERRITORIO INFRAOPLITEO COMPATIBLE CON GUIA 0.018" FARMACOLOGICO. OVER THE WIRE. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	10			
6	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO. 5 FR. AL 2. UNIDAD	3			
7	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO. 5 FR. AL 3. UNIDAD	12			
8	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO. 5 FR. AR 2. UNIDAD	12			
9	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO. 5 FR. JL 3.0. UNIDAD	25			
10	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO. 5 FR. JL 3.5. UNIDAD	25			

11	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO. 5 FR. JL 4.0. UNIDAD	12			
12	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO. 5 FR. JR 3.5. UNIDAD	25			
13	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO. 5 FR. MULTIPROPOSITO 125 CM LONGITUD. UNIDAD	15			
14	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO. 5 FR. PIGTAIL. UNIDAD	75			
15	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO. 5 FR. TIGUER. UNIDAD	150			
18	CATETER DIAGNOSTICO HIDROFILICO TIPO VERTEBRAL 5 FR	15			
19	CATETER DIAGNOSTICO PERIFERICO HIDROFILICO GLIDECATH. COBRA N°2. UNIDAD	15			
20	CATETER DIAGNOSTICO PERIFERICO HIDROFILICO GLIDECATH. COBRA N°3. UNIDAD	15			
21	CATETER DIAGNOSTICO PERIFERICO HIDROFILICO GLIDECATH. MIKAELSSON. UNIDAD	15			
22	CATETER DIAGNOSTICO PERIFERICO HIDROFILICO GLIDECATH. SIMMONS N°1. UNIDAD	25			
23	CATETER DIAGNOSTICO PERIFERICO HIDROFILICO GLIDECATH. SIMMONS N°2. UNIDAD	25			
24	CATETER DIAGNOSTICO PERIFERICO HIDROFILICO GLIDECATH. SIMMONS N°3. UNIDAD	10			
25	CATETER DIAGNOSTICO PIG TAIL. 5 FR CON MARCAS RADIOPACAS DE PLATINO CADA 10 MM. DE 100 - 125 CM. UNIDAD	15			
26	CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. DERECHA 6 Fr. JR N° 3.5. UNIDAD	15			
27	CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. DERECHA 7 Fr. JR N°4. UNIDAD	15			
28	CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. IZQUIERDA 6 FR. EBU N°3. UNIDAD	15			
29	CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. IZQUIERDA 6 FR. EBU N°3.5. UNIDAD	15			

30	CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. IZQUIERDA 6 FR. EBU N°4. UNIDAD	6			
31	CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. IZQUIERDA 6 FR. EBU N°4.5. UNIDAD	6			
32	CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. IZQUIERDA 6 Fr. FL N° 3.5. UNIDAD	15			
33	CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. IZQUIERDA 7 FR. EBU N°4. UNIDAD	6			
34	CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. PARA ACCESO RADIAL DERECHO 6FR. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	10			
35	CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. PARA ACCESO RADIAL IZQUIERDO 6FR. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	10			
36	DISPOSITIVO DE CIERRE ARTERIAL FEMORAL. 6FR. UNIDAD	5			
37	DISPOSITIVO DE CIERRE ARTERIAL FEMORAL. 8FR. UNIDAD	20			
38	EMBOSFERAS PARAR EMBOLIZACION. 300- 500 µm. UNIDAD	10			
39	EMBOSFERAS PARAR EMBOLIZACION. 500- 700 µm. UNIDAD	20			
40	EMBOSFERAS PARAR EMBOLIZACION. 700- 1200 µm. UNIDAD	20			
41	GUIA DE ALAMBRE EXTRA RIGIDO CON PUNTA J DE 1,5 - 3 MM. SOFT PARA CANULACION E IMPLANTE DE STENTGRAFT RAMOS VISCERALES EN IMLANTE DE ENDOPROTESIS AORTICAS DE 260 CM. UNIDAD	10			
42	GUIA DE ALAMBRE EXTRA RIGIDO. PARA SOPORTE DE IMPLANTE DE DISPOSITIVOS AORTICOS, PUNTA BLANDA RECTA. 0.035" X 260 CM. UNIDAD	10			
43	GUIA DIAGNOSTICA HIDROFOBICA PUNTA BLANDA. JOTA POR 180 CM. UNIDAD	180			
44	GUIA DIAGNOSTICA HIDROFOBICA PUNTA BLANDA. JOTA POR 260 CM. UNIDAD	120			
45	GUIA TERAPEUTICA CORONARIA. DE CTO CON PUNTA AHUSADA Y COBERTURA HIDROFILICA DE 180 CM. UNIDAD/DIFERENTE GRAMAJE	12			
46	GUIA TERAPEUTICA CORONARIA. DE CTO CON PUNTA AHUSADA Y COBERTURA HIDROFILICA DE 260 CM. UNIDAD	12			

47	GUIA TERAPEUTICA CORONARIA. PUNTA FLOPPY DE 0.014" X 180 CM. SIN COBERTURA HIDROFILICA. UNIDAD	25			
48	GUIA TERAPEUTICA CORONARIA. PUNTA FLOPPY DE 0.014" X 180 CM. CON COBERTURA HIDROFILICA. UNIDAD	105			
49	GUIA TERAPEUTICA PERIFERICA. SIN COBERTURA HIDROFILICA DE 0.014 " X 180-300 CM. UNIDAD	30			
50	GUIA TERAPEUTICA PERIFERICA. SIN COBERTURA HIDROFILICA DE 0.018 " X 180-300 CM. UNIDAD	30			
51	INSUFLADORA ATMOSFERICA. CON KIT DE ANGIOPLASTIA (SET INTRODUTOR Y ROTADOR DE GUÍA 0,014"). ENVASADO HERMÉTICO, ESTERIL, ATÓXICO. UNIDAD	75			
52	INTRODUCTOR ARTERIAL FEMORAL. 12 FR. UNIDAD	15			
53	INTRODUCTOR ARTERIAL FEMORAL. 14 FR. UNIDAD	15			
54	INTRODUCTOR ARTERIAL FEMORAL. 6 FR. UNIDAD	100			
55	INTRODUCTOR ARTERIAL FEMORAL. 7 FR. UNIDAD	90			
56	INTRODUCTOR ARTERIAL FEMORAL. 8 FR. UNIDAD	60			
57	INTRODUCTOR ARTERIAL RADIAL. 5 FR X 10 CM. UNIDAD	25			
58	INTRODUCTOR ARTERIAL RADIAL. 6 FR X 10 CM. UNIDAD	300			
59	KIT COMPLETO DE ATERECTOMIA ROTACIONAL. (INCLUYE CATÉTER ADVANCER, OLIVA Y MICROGUÍA DE 0,009 PULGADAS). DEBE INCLUIR CONSOLA DE COMANDO EN COMODATO O ASISTENCIA TÉCNICA. UNIDAD	6			
60	KIT DE ANGIOPLASTIA CORONARIA. (INCLUYE LLAVE HEMOSTATICA, INTRODUTOR, ROTADOR PARA CUERDA) HERMETICO	45			
61	KIT DE ASPIRACION. PARA TROMBECTOMIA MECANICA ARTERIAL O VENOSA, INCLUYE CATETER DE ASPIRACION, DEBE INCLUIR CONSOLA DE COMANDO. UNIDAD	6			
62	KIT DE ATERECTOMIA ROTACIONAL. PERIFERICO CON SISTEMA DE ASPIRACION ACTIVA CON CATETER DE CUCHILLAS SOBREENPANDIBLES. INCLUYE CUERDA THRUWAY. UNIDAD	6			
63	KIT DE EXTRACCIÓN ENDOVASCULAR. COMPUESTO POR SHAFT DE NITINOL CON LAZO DISTAL DE 25 MM RECUBIERTO CON	6			

	ALEACIÓN DE ORO Y TUNGSTENO, CATETER DE LIBERACIÓN DE 4 FR. UNIDAD				
64	LLAVE MANIFOLD. DE TRES VIAS. UNIDAD	150			
65	MICROCATETER CORONARIO PARA CTO. CON COATING HIDROFILICO. ESTRUCTURA DE PARED ACERO INOXIDABLE COMPATIBLE CON 0.014", Ø 1 FR x 130 -150 CM. (UTILIZACION EN OCLUSIONES TOTALES). UNIDAD	8			
66	MICROCATETER DIRIGIDO POR FLUJO. 1.2 FR 165-180 CM. UNIDAD	5			
67	MICROCATETER HIDROFILICO CON MARCA DISTAL RADIOPACA. MARCADOR DISTAL Ø CRUCE 1.8 FR DE ORO 0.018", CON MICROGUIA HIDROFILICA INCLUIDA. DE 130-150 CM. UNIDAD	15			
68	MICROCATETER. FLUJO DIRIGIDO 1.2 FR CON PUNTA DESPRENDIBLE DE 1.5 CM. COMPATIBLE CON DMSO 165 CM VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	6			
69	PUNCION PEDAL. SISTEMA COMPLETO. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	6			
70	ROTADOR DE CUERDA. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	36			
71	SUTURA VASCULAR PERCUTANEA. UNIDAD	10			
72	VAINA PARA ACCESO FEMORAL (CROSS-OVER) CON COBERTURA HIDROFILICA CONTRA LATERAL. CON CUERDA Y VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	7			
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.hospitalcuencaalta.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 063/2025.

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 Treinta Mil (\$30.000,00)** 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	