


**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 **064** Año **2025**

Ejercicio 2025

*Ref./ Adquisición de Materiales Protésicos y/o Implantables para el Servicio de Hemodinamia de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C*

Pedido de Provisión: 108-2025 Fecha 25/06/2025

**FECHA DE APERTURA: LUNES 04 DE AGOSTO DE 2025 – 12:00 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
<b>ELECTROFISIOLOGIA</b>					
1	MARCAPASOS. MODO VVIR CON CATETER UNIDAD DE FIJACION ACTIVA E INTRODUTOR 8 FR. UNIDAD	6			
2	MARCAPASOS. TIPO DEFINITIVO DDDR. MODO DDD-R CON CATETERES, UNIDAD DE FIJACION ACTIVA E INTRODUTORES 8 FR. UNIDAD	11			
<b>CARDIOANGIOLOGIA INTERVENCIONISTA</b>					
3	ENDOPRÓTESIS EXPANDIBLE BIFURCADA, BI O TRI MODULAR PARA TRATAMIENTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL CON EXTENSIONES CORRESPONDIENTES.	4			
4	ENDOPRÓTESIS AÓRTICA AUTOEXPANDIBLE PARA TRATAMIENTO DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA.	2			
<b>NEUROINTERVENCIONISMO</b>					
5	STENT CEREBRAL PARA TRATAMIENTO DE VASOESPASMO CON ZONA DE RESTAURACION DE FLUJO Y EXTREMO DISTAL CERRADO COMPATIBLE CON SISTEMA 0.021". VARIAS MADIDAS. UNIDADES	5			
6	STENT DEDICADO PARA ESTENOSIS INTRACRANEALES AUTOEXPANDIBLE DE COMPATIBLE CON BALON DOBLE LUMEN DE ALTA PRESION. VARIAS MEDIDAS	5			
7	STENT DIVERSOR DE FLUJO. VARIAS MEDIDAS. UNIDAD	8			
8	STENT RETRIEVER PARA TROMBECTOMIA CEREBRAL CON TECNOLOGIA CON ZONAS DE CAPTURA, FILTRO EN EXTREMO DISTAL Y	5			

	MARCAS RADIOPACAS COMPATIBLE CON MICROCATETER 0.021". UNIDAD				
<b>TOTAL EN LETRAS:</b> _____					

**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](http://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 064/2025.

**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 Cuarenta Cinco 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](mailto: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.**

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

**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.**