


**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 **098** Año **2025**

Ejercicio 2025-2026

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

Pedido de Provisión: 175-2025 Fecha 18/11/2025

**FECHA DE APERTURA: LUNES 29 DE DICIEMBRE DE 2025 A LAS 11:00 HORAS** EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

**VALOR DEL PLIEGO \$ 15.000,00**

**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 FARMACIA – PRODUCTOS ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES**

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA	MARCA COTIZADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	ÁCIDO PERACÉTICO POR 5 LITROS CON ACTIVADOR y TIRAS REACTIVAS PARA 6 MESES	72			
2	ANTISÉPTICO PARA HIGIENE DE MANOS CON CLORHEXIDINA 1%-ALCOHOL ETÍLICO 61% CON AGENTE HUMECTANTE. 500 ML	48			
3	DETERGENTE DESINFECTANTE PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS, AMONIO CUATERNARIO POR 750 ML LISTO PARA USAR. BIOLIMPIEZA	600			
4	DETERGENTE TRIENZIMÁTICO 1 LITRO CON DOSIFICADOR	90			
5	DETERGENTE TRIENZIMÁTICO 5 LITROS CON PICO DOSIFICADOR	42			
<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 098/2025.

**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 Quince Mil (\$15.000,00)** 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 entrega de los insumos deberá efectuarse a requerimiento con disponibilidad inmediata, por el periodo comprendido desde la recepción de la Orden de Compra y por el **plazo de 180 días corridos con opción a prórroga hasta por un periodo de 180 días corridos**, previa notificación y aceptación del prestador del servicio con una antelación de 60 días de la finalización de dicho periodo. **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.**

**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>	