



**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

www.hospitalcuencaalta.org.ar

**PEDIDO DE COTIZACIÓN
LICITACION PUBLICA**

Número **006** Año **2026**

Ejercicio 2026

Ref./ Contratación del Servicio de Impresión de Provisión de Insumos de Papelería Institucional para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **009/2026** Fecha **03/02/2026**

FECHA DE APERTURA: MARTES 17 DE MARZO DE 2026 A LAS 12:00 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 DE PAPELERIA INSTITUCIONAL PARA EL AREA DE COMUNICACIÓN SOCIAL- HCANK

RG	REFERENCIA	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	Identificadores de Cuna <i>Según Especificaciones Técnicas Particulares</i>	5000		
2	Tríptico Prequirúrgico <i>Según Especificaciones Técnicas Particulares</i>	5000		
3	Tríptico Lactancia <i>Según Especificaciones Técnicas Particulares.</i>	5000		
4	Díptico Armado de Bolso <i>Según Especificaciones Técnicas Particulares</i>	5000		
5	Díptico Hepatitis B <i>Según Especificaciones Técnicas Particulares</i>	5000		
6	Tríptico Sarampión <i>Según Especificaciones Técnicas Particulares</i>	5000		
7	Tríptico BCG <i>Según Especificaciones Técnicas Particulares</i>	5000		
8	Folleto PIM Preparación Integral Maternidad <i>Según Especificaciones Técnicas Particulares</i>	10000		
9	Carnet Donante de Sangre <i>Según Especificaciones Técnicas Particulares</i>	5000		
TOTAL				

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 Pública 097/2024.

CONSULTAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARTICULARES. La totalidad de consultas o necesidades de índole técnico/operativa, deberá ser canalizadas por los Oferentes ante el AREA DE COMUNICACIÓN SOCIAL de este HCANK al correo comunicacionsocial@hospitalcuencaalta.org.ar

OBTENCION DEL PLIEGO DE CONCIONES PARTICULARES. Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la Oficina de Compras y Contrataciones del Hospital, previa acreditación del depósito de la suma establecida de 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 hasta 48 horas con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, en la Sede de la Oficina de Compras de la institución.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. La entrega de los renglones deberá efectuarse **A REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA o bien conforme propuesta.**

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. La entrega procederá en la sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires de lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas, previa coordinación de entrega con 48 horas de antelación con la Comisión de Recepción de este Hospital, al teléfono 011-5273-4700. 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 HCAS.

CONDICION DE PAGO: El pago se efectuará de manera mensual y según consumo efectivo con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura.

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	