



## 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 **007** Año **2025**

Ejercicio 2025

Ref./ Adquisición de Sal Gruesa para Ablandadores de Agua para este  
Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: **018-2025** Fecha **11/02/2025**

**FECHA DE APERTURA: JUEVES 20 DE MARZO 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.

### ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO TECNOLOGIA HCANK

| RG                            | REFERENCIA                                                                      | CANTIDAD | MARCA | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-----------------|--------------|
| 1                             | <b>BOLSA DE 25 KILOS DE SAL GRUESA</b><br>Referencia: Para Ablandadores de Agua | 840      |       |                 |              |
| <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 Reglamentos de Contrataciones del Hospital sito en [www.hospitalcuencaalta.org.ar](http://www.hospitalcuencaalta.org.ar)

Además, la presentación de Oferta implicará 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 007/2025.

**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 pesos (\$ 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.

**PLAZO DE ENTREGA.** La entrega procederá A REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA. Se podrán presentar propuestas con plazos de entrega alternativos, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCANK.

**LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA.** LA ENTREGA DEL EQUIPAMIENTO 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 de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas. 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. Hágase constar que es requisito para la recepción de los insumos **LA PRESENTACION DEL REMITO ORIGINAL** al momento de la entrega de los mismos.

**CONDICION DE PAGO:** El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. **Se podrán considerar propuestas con formas de pago alternativas, 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     |  |