



**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 **028** Año **2026**

Ejercicio 2026

Ref./ Contratación del Servicio Terciarizado de Hemodiálisis para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **032/2026** Fecha **23/02/2026**

FECHA DE APERTURA: LUNES 06 DE ABRIL DE 2026 A LAS 10:00 HORAS

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

VALOR DEL PLIEGO \$ 25.000,00

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.

SERVICIOS - HCANK

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	PRECIO UNITARIO SERVICIO	PRECIO TOTAL ESTIMADO PERIODO 12 MESES
1.1	TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS <i>Conforme Especificaciones Técnicas Particulares</i>	1080		
1.2	TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EXTENDIDA <i>Conforme Especificaciones Técnicas Particulares</i>	50		
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 028/2026.

CONSULTAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARTICULARES. La totalidad de datos técnicos o cualquier otra consulta o necesidad de índole técnico/operativa, deberá ser requerida por los Oferentes ante la Dirección Médica de este HCAS al correo direccionmedicahcank@gmail.com.

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 Veinticinco Mil (\$ 25.000,00) 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 Y LUGAR DE LA PRESTACIÓN. La prestación del servicio 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 por un **período de 12 Meses a contar con anterioridad a los 10 días desde la recepción de la Orden de Compra**, con opción a Prorroga del Servicio hasta por igual periodo, a cuenta, orden y consideración del Hospital, previa notificación al prestador del servicio con una antelación de 30 días de la finalización de dicho periodo. La provisión del servicio resultará a requerimiento de la institución, mediante las gestiones administrativas que se realicen de manera exclusiva desde la Dirección Médica de la Institución.

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	