

 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	Página: 1 / 2
	PEDIDO DE COTIZACIÓN Número 109 Año 2024 Ejercicio 2024
	Referente: Adquisición de Insumos y Varios para intervención programada por el Servicio de Cardiología de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner” Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC.
Pedido de Provisión: 109-2024 Fecha 26/07/2024	

URGENTE: Se solicita tenga a bien cotizar vía correo electrónico a compras@hospitalcuencaalta.org.ar los siguientes insumos:

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.

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MARCA	PCIO. UNITARIO	PCIO. TOTAL RENGLÓN
1.1	TUBO VALVULADO (23 MM)	1			
1.2	TUBO VALVULADO (25 MM)	1			
1.3	TUBO VALVULADO (27 MM)	1			
1.4	TUBO VALVULADO (29 MM)	1			
2.1	TUBO RECTO DACRON (24 MM)	1			
2.2	TUBO RECTO DACRON (26 MM)	1			
2.3	TUBO RECTO DACRON (28 MM)	1			
2.4	TUBO RECTO DACRON (30 MM)	1			
2.5	TUBO RECTO DACRON (32 MM)	1			
2.6	TUBO RECTO DACRON (34 MM)	1			
3	PARCHE DE PERICARDIO BOVINO 10 X 15CM	1			
4	ADHESIVO QUIRÚRGICO A BASE DE ALBÚMINA PURIFICADA DE SURO BOVINO Y GLUTARALDEHÍDO. OBSERVACIONES: TIPO BIO-GLUE O SIMILAR	1			
5.1	CANULA EOPA (18 FR)	1			
5.2	CANULA EOPA (20 FR)	1			

5.3	CANULA EOPA (22 FR)	1			
6.1	CANULA VENOSA FEMORAL (21 FR)	1			
6.2	CANULA VENOSA FEMORAL (23 FR)	1			
6.3	CANULA VENOSA FEMORAL (25 FR)	1			
6.4	CANULA VENOSA FEMORAL (27 FR)	1			
7	CATÉTER DE CARDIOPLEJÍA RETRÓGRADA CON BALÓN Y ESTILETE ESTÉRIL. OBSERVACIONES: TIPO DLP	1			
8.1	CANULA DE PÉRFUSION ANTEROGRADA TIPO OSTIUM (15 FR)	1			
8.2	CANULA DE PÉRFUSION ANTEROGRADA TIPO OSTIUM (17 FR)	1			
9	ADAPTADOR PARA CARDIOPLEJIA EN Y	1			
10	KIT DE SUTURA DE POLIESTER 2/0 CON PARCHE (KAT15 G)	1			
10	CUERDA J HIDROFILICA 0,035 X 180 CM	1			
11	CAMPO QUIRURGICO DE INCISION ANTIMICROBIANO LOBAN O SIMILAR	1			
12	PALETAS AUTOHADESIVAS EXTERNAS	1			
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 Pliego de Condiciones Particulares y del Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones

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

OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL Los proveedores cotizantes, deberán enviar vía correo electrónico la siguiente documentación:

- a) EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO *por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada*,
- b) CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, del Registro de

Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.

PLAZO DE ENTREGA: Los insumos requeridos deberán entregarse de MANERA INMEDIATA en la sede del Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner, previa coordinación con el Servicio de Cirugía, LISTOS PARA SU UTILIZACIÓN para intervención programada.

LUGAR DE ENTREGA: Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sita en Ruta provincial Nº 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires

PAGO: se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura o según propuesta.

FACTURA DE ACUERDO A ORDEN DE COMPRA.

ESTE ESTABLECIMIENTO NO SE HARÁ CARGO POR GASTOS ADICIONALES

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	