



**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 **142** Año **2023**  
**SEGUNDO LLAMADO**

Ejercicio 2023

*Ref./ Contratación del Servicio de Validación de los Equipos de la Central de Esterilización de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC*

Pedido de Provisión: **275-2023** Fecha **09/10/2023**

**FECHA DE APERTURA SOBRE CERRADO: MARTES 23 DE ENERO DE 2024 A LAS 10:00 HS** EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

**VALOR DEL PLIEGO \$ 2.500,00**

**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.

**SERVICIO DE ESTERILIZACION - HCANK**

RG	REFERENCIA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	<p><b>VALIDACION DE EQUIPO DE ESTERILIZACION POR CALOR SECO.</b></p> <p><i>REF: Calificación de la instalación, física y microbiológica en Equipos de Esterilización por calor seco según lo exigido por la autoridad sanitaria ( ANMAT – Ministerio de Salud de la Nación-Organismo Certificador). Calificaciones física, microbiológica y de la instalación. Con confección del informe correspondiente y los certificados correspondientes a cada calificación realizada firmados por un Profesional Farmacéutico.</i></p>	1		
2	<p><b>VALIDACION DE EQUIPO DE ESTERILIZACION POR VAPOR DE AGUA.</b></p> <p><i>REF: Calificación de la instalación, física y microbiológica en Equipos de Vapor de agua según las Normas ISO 17665 tal cual lo exigido por la autoridad sanitaria ( ANMAT – Ministerio de Salud de la Nación/Provincia-Organismo Certificador ). Calificaciones física, microbiológica y de la instalación. Con confección del informe correspondiente para cada equipo esterilizador y los certificados correspondientes a cada calificación realizada firmados por un Profesional Farmacéutico.</i></p>	2		
3	<p><b>VALIDACION DE EQUIPO DE ESTERILIZACION POR ETO.</b></p> <p><i>REF: Calificación de la instalación, física y microbiológica en Equipos de esterilización por ETO según las Normas EN-550 e ISO 11135 con confección del informe correspondiente para el proceso, y los certificados correspondientes a cada calificación realizada (física, microbiológica y de la instalación) firmados por un Profesional Farmacéutico.</i></p>	1		

4	<b>VALIDACION DE EQUIPO DE LAVADORA TERMODESINFECTADORA.</b> <i>REF: Calificación de la instalación y física en lavadora termodesinfectadora según Normas UNE-EN ISO 15883:2009 Lavadoras desinfectadoras. con confección del informe correspondiente para el proceso, y los certificados correspondientes a cada calificación realizada firmados por un Profesional Farmacéutico</i>	2		
5	<b>VALIDACION DE EQUIPO DE ESTERILIZACION POR PERÓXIDO DE HIDROGENO.</b> <i>REF: Calificación de la instalación y física en equipo esterilizador de peróxido de hidrogeno según las Normas ISO 14937 con confección del informe correspondiente para el proceso, y los certificados correspondientes a cada calificación realizada firmados por un Profesional Farmacéutico</i>	1		
<b>MONTO 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 Pliego de Condiciones Particulares y del Reglamento 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 Pública 142/2023 SEGUNDO LLAMADO.

**CONSULTA TECNICAS.** La totalidad de consultas o necesidades de índole técnico/operativa, deberá ser canalizadas por los Oferentes ante el **AREA DE ARQUITECTURA HOSPITALARIA** de la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCANK al correo [arquitecturahospitalaria@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto:arquitecturahospitalaria@hospitalcuencaalta.org.ar)

**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 Dos Mil Quinientos (\$2.500,00) en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290 de la Localidad de Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires.

**PLAZO Y LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA DEL SERVICIO.** La prestación del Servicio / realización de las tareas procederá de manera inmediata previa coordinación con el Servicio de Esterilización en la Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires. **Se podrán considerar propuestas alternativas, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS.**

**PAGO:** se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura. **Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideraciones 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>	