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

PEDIDO DE COTIZACIÓN
LICITACION PUBLICA

Número **023** Año **2024**

Ejercicio 2024

Ref./ Adquisición de Insumos para el Servicio de Hemodinamia de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: **050-2024** Fecha **13/04/2024**

FECHA DE APERTURA: MIERCOLES 29 DE MAYO DE 2024 A LAS 12:00 HORAS

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

VALOR DEL PLIEGO $ 5.500,00

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.

INSUMOS SERVICIO DE HEMODINAMIA HCANK

RG	REFERENCIA	CANTIDAD	MARCA COTIZADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	BALON NO COMPLACIENTE CORONARIO. VARIAS MEDIDAS	30			
2	BALON SEMICOMPLACIENTE CORONARIO. VARIAS MEDIDAS	30			
3	BALON SEMICOMPLACIENTE PERIFERICO COMPATIBLE CON GUIA 0,014" FARMACOLOGICO. VARIAS MEDIDAS. OVER THE WIRE O RAPID EXCHANGE	5			
4	BALON SEMICOMPLACIENTE PERIFERICO COMPATIBLE CON GUIA 0,014". VARIAS MEDIDAS. OVER THE WIEW O RAPID EXCHANGE	15			
5	BALON SEMICOMPLACIENTE PERIFERICO COMPATIBLE CON GUIA 0,035". VARIAS MEDIDAS	15			
6	CATETER ANGIOGRAFICO NO HIDROFILICO RADIFOCUS OPTITORQUE. VARIAS MEDIDAS Y CURVAS	60			
7	CATÉTER BALÓN PARA VALVULOPLASTIA AÓRTICA COMPATIBLE CON INTRODUCTOR 8 A 12 FR	5			
8	CATÉTER DE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DEFLECTABLE CON PUNTA DE 4 MM CON SUS RESPECTIVOS CONECTORES.	5			
9	CATÉTER DE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DEFLECTABLE CON PUNTA DE 8 MM CON SUS RESPECTIVOS CONECTORES.	5			
10	CATETER DE ASPIRACIÓN DE TROMBO. VARIAS MEDIDAS	4			
11	CATÉTER DIAGNÓSTICO CUADRIPOLAR DEFLECTABLE. MEDIDAS DE 5 HASTA 7 FR. INCLUYE CONECTORES	10			

12	**CATÉTER DIAGNÓSTICO DECAPOLAR DEFLECTABLE. MEDIDAS DE 5 HASTA 7 FR. INCLUYE CONECTORES**	**10**			
13	**CATÉTER DIAGNÓSTICO DUODECAPOLAR DEFLECTABLE. MEDIDAS DE 5 HASTA 7 FR. INCLUYE CONECTORES**	**10**			
14	**CATETER DIAGNOSTICO PERIFERICO HIDROFILICO GLIDECATH. VARIAS MEDIDAS Y CURVAS**	**5**			
15	**CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. 6 FR VARIAS MEDIDAS Y CURVAS**	**70**			
16	**CATETER GUIA TERAPEUTICO / CARDIOLOGICO. 7 FR VARIAS MEDIDAS Y CURVAS**	**20**			
17	**CATÉTER PARA ULTRASONIDO INTRACORONARIO DE ALTA RESOLUCIÓN (IVUS): DEBE INCLUIR PROVISIÓN DE CONSOLA DE COMANDO.**	**5**			
18	**GUÍA BAROMÉTRICA CORONARIA 0.014 PULGADAS. PARA MEDICIÓN DE FFR: DEBE INCLUIR CONSOLA DE COMANDO**	**4**			
19	**GUIA DIAGNOSTICA HIDROFILICA SOFT ANGULADA O RECTA 0.035" X 180 CM**	**60**			
20	**GUIA DIAGNOSTICA HIDROFILICA SOFT ANGULADA O RECTA 0.035" X 260 CM**	**30**			
21	**GUIA DIAGNOSTICA HIDROFILICA STIFF ANGULADA O RECTA 0.035" X 180 CM**	**10**			
22	**GUIA DIAGNOSTICA HIDROFILICA STIFF ANGULADA O RECTA 0.035" X 260 CM**	**10**			
23	**GUIA TERAPEUTICA CORONARIA DE CTO. VARIAS MEDIDAS**	**20**			
24	**GUIA TERAPEUTICA CORONARIA TIPO CHOICE FLOPPY. MEDIDAS 0.014" X 180CM**	**150**			
25	**GUIA TERAPEUTICA CORONARIA TIPO CHOICE FLOPPY. MEDIDAS 0.014" X 260 CM**	**5**			
26	**INSUFLADORA ATMOSFÉRICA. CON KIT DE ANGIOLPASTIA (SET INTRODUCTOR Y ROTADOR DE GUÍA 0,014¨). ENVASADO HERMÉTICO, ESTERIL, ATÓXICO.**	**30**			
27	**INTRODUCTOR ARTERIAL FEMORAL. MEDIDAS DESDE 4 FR HASTA 9 FR X 10CM**	**50**			
28	**INTRODUCTOR ARTERIAL RADIAL.MEDIDAS 6 FR X 10CM**	**100**			
29	**LLAVE MANIFOLD DE TRES VIAS**	**100**			
30	**MICROCATETER COMPATIBLE CON 0.014 (UTILIZACION EN OCLUSIONES TOTALES) TIPO CORSAIR PRO XS**	**2**			
31	**MICROCATETER CXI. VARIAS MEDIAS**	**2**			

32	**MICROCATETER ECHELON VARIAS MEDIDAS**	**2**			
33	**MICROCATETER MAGIC. VARIAS MEDIDAS**	**2**			
34	**MICROCATETER NO CONICO. PUNTA CURVA TIPO MAESTRO. 2.8 FRENCH X 130CM**	**2**			
35	**MICROCATETER SONIC. VARIAS MEDIDAS**	**2**			
36	**MICROCATETER TIPO PROGREAT, FINECROOS O MAMBA. VARIAS MEDIDAS**	**10**			
37	**PLACA DE DISPERSION DE RADIOFRECUENCIA**	**50**			
38	**MICROGUIA HIBRIDA DE 0.007 IN. VARIAS MEDIDAS**	**5**			
39	**MICROTRANDSEND PUNTA SUAVE. VARIAS MEDIDAS**	**5**			
TOTAL EN LETRAS: _____ _____					

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

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 023/2024.

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 Cinco Mil Quinientos ($5.500,00)** 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.

FORMA DE COTIZAR. La presentación de ofertas podrá resultar por parte o por la totalidad de renglones. Las marcas que pudieran resultar referidas son al solo efecto de ejemplificar las cualidades del insumo solicitado.

PLAZO MANTENIMIENTO OFERTA. Los oferentes deberán mantener las ofertas por el plazo mínimo de 30 días hábiles contados a partir de la fecha del acto de apertura.

PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA: la **ENTREGA procederá A REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA** 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; comisionderecepcion@hospitalcuencaalta.org.ar **Se podrán considerar propuestas con formas de entrega y plazos diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.** Toda recepción de bienes y efectos debe realizarse obligatoriamente en días hábiles, entre las Ocho (8) y las DIECISEIS (16) horas, implicando falta grave el apartamiento de la presente prescripción y responsabilidad del agente que incurra

en la misma. 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 HCANK.

Hágase constar que es requisito para la recepción de los insumos **LA PRESENTACION DEL REMITO ORIGINAL** al momento de la entrega de los mismos.

FORMA DE FACTURACION Y CONDICION DE PAGO: la Facturación se deberá efectuar de acuerdo a Orden de Compra y según INSUMOS requeridos y entregados. El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. El plazo comenzará a contarse a partir del día siguiente a la presentación de la factura. El término fijado se interrumpirá si existieran observaciones sobre la documentación pertinente u otros trámites a cumplir imputables al proveedor. **Se podrán considerar propuestas formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.**

FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA.

EL ESTABLECIMIEN*TO* NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCECIONALES.

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	