



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 **019** Año **2024**

Ejercicio 2024

Ref./ Adquisición de Material Protésico y/o Implantable para constitución de Banco en la Unidad de Hemodinamia de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: **044-2024** Fecha **11/04/2024**

FECHA DE APERTURA: MIERCOLES 29 DE MAYO DE 2024 A LAS 10:00 HORAS

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

VALOR DEL PLIEGO \$ 7.500,00

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.

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO	MARCA COTIZADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL CANTIDADES ESTIMADAS SEMESTRALES
BANCO MATERIALES PROTÉSICOS UNIDAD DE HEMODINAMIA					
1	COILS DE LIBERACION CONTROLADA COMPATIBLE CON MICROCATETER 0,021" VARIAS MEDIDAS	20			
2	COILS PUSHABLE COMPATIBLE CAT 0,035" VARIAS MEDIDAS	10			
3	DISPOSITIVO AUTOEXPANDIBLE DE NITINOL, PARA OCLUSIÓN DE OREJUELA AURICULAR IZQUIERDA CON SET INTRODUTOR Y SISTEMA DE LIBERACIÓN.	1			
4	DISPOSITIVO OCLUSOR AUTOEXPANDIBLE , DE NITINOL PARA CIERRE DE DUCTUS ARTERIAL DE 4-16 MM.	1			
5	DISPOSITIVO PARA CIERRE DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR, DOBLE DISCO, AUTOEXPANDIBLE DE NITINOL, DE 4 A 40 MM. (DEBE CONTEMPLAR ASISTENCIA CON ECOGRAFÍA INTRAVASCULAR PARA EL PROCEDIMIENTO).	1			
6	EMBOSFERAS PARA EMBOLIZACIÓN CON CAPACIDAD DE CARGA DE FÁRMACOS (DOXORUBICINA-IRIDOTECAN)	2			
7	EMBÓSFERAS PARAR EMBOLIZACIÓN 300-500 MICRAS	2			
8	EMBÓSFERAS PARAR EMBOLIZACIÓN 500-700 MICRAS	2			

9	EMBÓSFERAS PARAR EMBOLIZACIÓN 700-1200 MICRAS	2			
10	ENDOÁLVULA AÓRTICA EXPANDIBLE POR BALÓN DE ALEACIÓN CROMO-COBALTO PARA IMPLANTE PERCUTÁNEO.	1			
11	KIT COMPLETO DE ATRECTOMÍA ROTACIONAL (INCLUYE CATÉTER ADVANCER, OLIVA Y MICROGUÍA DE 0,009 PULGADAS). DEBE INCLUIR CONSOLA DE COMANDO EN COMODATO O ASISTENCIA TÉCNICA.	5			
12	KIT DE AORTOPLASTIA COMPUESTO DE CP STENT DE 8 ZIGX 45 FORRADO EN PTFE MONTADO SOBRE BALÓN BIB CON SET INTRODUTOR Y GUÍA	1			
13	KIT DE ASPIRACIÓN PARA TROMBECTOMÍA MECÁNICA ARTERIAL O VENOSA, INCLUYE CATÉTER DE ASPIRACIÓN, DEBE INCLUIR CONSOLA DE COMANDO TIPO PENUMBRA.	2			
14	KIT DE ATRECTOMÍA ROTACIONAL PERIFÉRICO CON SISTEMA DE ASPIRACIÓN ACTIVA CON CATETER DE CUCHILLAS SOBREENPANDIBLES. INCLUYE CUERDA THRUWAY (TIPO JETSTREAM)	2			
15	KIT DE EXTRACCIÓN ENDOVASCULAR COMPUESTO POR SHAFT DE NITINOL CON LAZO DISTAL DE 5 A 35 MM RECUBIERTO CON ALEACIÓN DE ORO Y TUNGSTENO, CATETER DE LIBERACIÓN DE 4 FR.	3			
16	SET DE PUNCIÓN TRANSEPTAL (COMPUESTO POR AGUJA DE PUNCIÓN, DILATADOR Y VAINA)	2			
17	SET DE VAINA Y AGUJA PARA PUNCIÓN TRANSEPTAL DEFLECTABLE.	4			
18	SET DE VALVULOPLASTIA MITRAL COMPLETO (BALÓN INOUE)	1			
19	STENT CORONARIO EXPANDIBLE POR BALON, FORRADO. VARIAS MEDIDAS	1			
20	STENT DIVERSOR DE FLUJO. VARIAS MEDIDAS	1			
21	STENT PERIFERICO AUTO EXPANDIBLE FORRADO. COMPATIBLE CON GUIA 0.035" VARIAS MEDIDAS	4			
22	STENT PERIFERICO AUTO EXPANDIBLE. COMPATIBLE CON GUIA 0.035" VARIAS MEDIDAS	5			

23	STENT PERIFERICO EXPANDIBLE POR BALON SUPRA PATELAR. VARIAS MEDIDAS	5			
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

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 019/2024.

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 Siete Mil Quinientos (\$ 7.500,00)** 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.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. DIMENSINAMIENTO PRESTACIONAL ESTIMADO. El contrato tendrá una vigencia de 90 días a contar con anterioridad a los 10 (DIEZ) días desde el momento de recepción de la orden de compra, con opción a prórroga automática hasta por igual periodo, a cuenta, orden y consideración del HCANK, salvo expresa renuncia por parte de dicho Oferente a la referida prórroga, con 10 días de anterioridad al vencimiento del plazo original. La negativa a la prórroga por el adjudicatario, no le generará ningún tipo de responsabilidad ni será pasible de penalidad o sanción. En tal sentido y en el caso que la adjudicataria manifieste la aceptación de la ampliación pretendida por la Institución supeditada al reajuste de las condiciones contractuales motivado en el acontecimiento de algún hecho significativo que durante el transcurso del vínculo contractual pudiera implicar la rotura de la ecuación económica financiera del contrato, la firma adjudicada podrá plantearlo mediante petición formal y fundada para su consideración por parte de las autoridades del HCAS, quienes evaluarán la validez y justificación de la petición, y el posible reconocimiento compensatorio en caso de corresponder.

Las cantidades totales por renglón consignadas resultan únicamente a modo estimativo, en consecuencia, durante la vigencia del periodo prestacional establecido, dichas cantidades para el periodo semestral podrán ser incrementadas y/o reducidas, a exclusivo juicio del Hospital y de acuerdo a las necesidades de la Institución.

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. LA ENTREGA DE LOS INSUMOS RESULTARA SEGÚN REQUERIMIENTO Y CON ENTREGA INDEFECTIBLE ANTE LA COMISION DE RECEPCION DEL HCANK 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 09:00 a 16:00 horas, estableciéndose un máximo de hasta 1 (Una) solicitud de provisión por semana, la cual será requerida por el Hospital con una antelación mínima de tres (3) días HABLES de anticipación para su cumplimiento y materialización en la entrega. 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.

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	