



**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)  
[www.hospitalcuencaalta.org.ar](http://www.hospitalcuencaalta.org.ar)

**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
CONTRATACION DIRECTA**

Número **027** Año **2024**

Ejercicio 2024

*Ref./ Adquisición de Insumos para el Servicio de Laboratorio de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC*

Pedido de Provisión: **049/2024** Fecha **11/04/2024**

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 11 DE JUNIO DE 2024 A LAS 10:00 HORAS** vía correo electrónico a [compras@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto:compras@hospitalcuencaalta.org.ar)

**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 CENTRO QUIRURGICO HCANK**

| RG | DESCRIPCIÓN   | CANTIDAD | MARCA | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|----|---|----------|-------|-----------------|--------------|
| 1  | DILATADOR RBD LITOTRIZIA PARA LASER HOLMIUM UNIDAD      | 3        |       |                 |              |
| 2  | SET DE BENIQUES   | 1        |       |                 |              |
| 3  | CATETER PARA VALVULA VENTRICULAR/PERITONEAL ATRIAL      | 3        |       |                 |              |
| 4  | ALAMBRE GUIA DE O.035 x 1.45 m TIPO AMPLAZT             | 5        |       |                 |              |
| 5  | ALAMBRE GUIA DE O.038 x 1.45 con rotador                | 5        |       |                 |              |
| 6  | SET DE BANDAS ESOFAGUICAS                               | 5        |       |                 |              |
| 7  | AGUJA PUNCION TRUCUT SEMIAUTOMATICA 16 G x 20 CM        | 2        |       |                 |              |
| 8  | AGUJA PUNCION TRUCUT SEMIAUTOMATICA 18 G x 15 CM        | 2        |       |                 |              |
| 9  | PARCHE DE PERICARDIO BOVINO DE 10X10 CM                 | 1        |       |                 |              |
| 10 | SHUNT INTRACAROTIDEO TIPO JAVID                         | 2        |       |                 |              |
| 11 | SHUNT INTRACORONARIO DE 1,5 MM                          | 2        |       |                 |              |
| 12 | SHUNT INTRACORONARIO DE 1,75 MM                         | 2        |       |                 |              |
| 13 | SHUNT INTRACORONARIO DE 2 MM                            | 2        |       |                 |              |
| 14 | SHUNT INTRACORONARIO DE 3 MM                            | 2        |       |                 |              |
| 15 | SET DE ANILLOS MITRALES DE 26 A 42 MM                   | 1        |       |                 |              |
| 16 | SET DE ANILLO TRICUSPIDEOS DE 26 A 36 MM                | 1        |       |                 |              |
| 17 | SET DE VALVULAS CARDIACAS AORTICAS MECANICAS 19 A 31 MM | 1        |       |                 |              |

|              |  |     |  |  |  |
|--------------|--|-----|--|--|--|
| 18           | SET DE VALVULAS CARDIACAS AORTICAS BIOLÓGICAS 21 A 29 MM                               | 1   |  |  |  |
| 19           | SET DE VALVULAS CARDIACAS MITRALES BIOLÓGICAS 25 A 33 MM                               | 1   |  |  |  |
| 20           | SET DE VALVULAS CARDIACAS MITRALES MECANICAS 25 A 33 MM                                | 1   |  |  |  |
| 21           | SET DE TUBOS VALVULADOS MECANICOS DE 21 A 31 MM  | 1   |  |  |  |
| 22           | SET DE TUBOS RECTOS DE DACRON Y COLAGENO DE 14 A 38 MM                                 | 1   |  |  |  |
| 23           | ADHESIVO ANTISEPTICO X 30 ML   | 6   |  |  |  |
| 24           | ARCO DE ERICH UNIDAD   | 4   |  |  |  |
| 25           | BANDA DE TENSION CAJA DE 100 UNIDADES  | 6   |  |  |  |
| 26           | CAMPO QUIRÚRGICO TRANSPARENTE DE INCISION DE 35 X 35                                   | 100 |  |  |  |
| 27           | CAMPO QUIRÚRGICO TRANSPARENTE DE INCISION DE 35 X 35 CM CON ANTIMICROBIANO             | 150 |  |  |  |
| 28           | LAPIZ DE ELECTROCIRUGIA Y COAGULACION AMPLIFICADA CON GAS DE ARGON CON PUNTA RETRACTIL | 1   |  |  |  |
| 29           | PIEZA DE MANO PARA ARGON DE 25 MM X 10 UNIDADES  | 1   |  |  |  |
| 30           | PINZA LIGASURE SMALL JAW EXACT   | 7   |  |  |  |
| 31           | PINZA LIGASURE ATLAS 20 CM   | 7   |  |  |  |
| 32           | PINZA LIGASURE 37 CM TIPO MARYLAND   | 7   |  |  |  |
| 33           | PROBE PARA ARGON DE 1,6 MM X 2,5 M X 10 UNIDADES                                       | 2   |  |  |  |
| 34           | PUNTA LARGA PARA MANGO DE ELECTROBISTURI   | 10  |  |  |  |
| 35           | TUBO PARA DRENAJE DE SILICONA DE 24 FR.  | 5   |  |  |  |
| 36           | TROCAR DE LAPAROSCOPIA DE 12 MM DESCARTABLES   | 5   |  |  |  |
| 37           | TROCAR DE LAPAROSCOPIA DE 10 MM DESCARTABLES   | 5   |  |  |  |
| 38           | MASCARA LARINGEA 2ª GENERACION N1 TERMOINCHABLES                                       | 3   |  |  |  |
| 39           | MASCARA LARINGEA 2ª GENERACION N°2 TERMOINCHABLES                                      | 3   |  |  |  |
| 40           | MASCARA LARINGEA 2ª GENERACION N°3 TERMOINCHABLES                                      | 3   |  |  |  |
| 41           | MASCARA LARINGEA 2ª GENERACION N°4 TERMOINCHABLES                                      | 3   |  |  |  |
| 42           | CANULA VAMA  | 2   |  |  |  |
| 43           | MASCARA LARINGEA 2ª GENERACION N°5 TERMOINCHABLES                                      | 3   |  |  |  |
| <b>TOTAL</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 Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en [www.hospitalcuencaalta.org.ar](http://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.

**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.**
- c) **DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP)** que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;
- d) **DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA AGENCIA DE RECAUDACIÓN DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (ARBA)**, que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto sobre los Ingresos Brutos o Convenio Multilateral;

**FORMA DE COTIZAR. PRESENTACION DE OFERTAS ALTERNATIVAS Y/O VARIANTES.** La presentación de ofertas podrá resultar por parte o por la totalidad de renglones, y por cantidades parciales o totales de cada renglón según disponibilidad efectiva para el cumplimiento de la prestación.

**MUESTRAS.** En caso de requerirse y a solicitud de la Comisión de Preadjudicación se deberán presentar muestras de los **insumos cotizados** a efectos de apreciar la calidad de los mismos y efectuar ensayos, para lo cual la repartición se reserva el derecho de hacerle los análisis que considere convenientes y de solicitar al oferente, si fuera necesario, mayor cantidad de la misma. Las muestras deberán presentarse en el Área de Compras, dentro de las 48 horas de efectuada la solicitud de las mismas. La no presentación de la muestra en el plazo estipulado, implicara el descarte de la propuesta.

**GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO:** La firma adjudicada deberá efectuar oportuno acompañamiento del **COMPROBANTE O DOCUMENTO DE GARANTÍA DE CONTRATO** conforme a lo dispuesto en Anexo A Punto II del Reglamento de Compras y Contrataciones del Hospital, **por un Monto EQUIVALENTE AL 10% SOBRE TOTAL DEL CONTRATO.** La fianza deberá ser otorgada por las entidades facultadas por la Ley Nacional N° 18.061 – de Entidades Financieras o las que en un futuro la reemplacen o póliza de seguro que deberá constituir al garante en fiador solidario, ser extendida hasta el total cumplimiento del contrato y con expresa renuncia a exigir interpelación judicial. Dichas garantías serán aceptadas por sus valores escritos.

**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. ENTREGA 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. **Se podrán considerar propuestas con formas de entrega y plazos diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.**

**PAGO.** se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura. **Se podrán considerar propuestas formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.**

**PENALIDADES: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO.** Por **NO EFECTUAR LA ENTREGA/PRESTACION** en los plazos convenidos, cualquiera fuera la causa, se establecerá la penalización del **UNO POR CIENTO (1%)** de la facturación total por **cada día de demora**. En caso de una demora de más de 10 Días conforme el plazo establecido, la sanción será la inmediata rescisión del contrato.

**FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA.**

**EL ESTABLECIMIENTO 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.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>FIRMA</b>             |  |
| <b>NOMBRE Y APELLIDO</b> |  |
| <b>CARGO</b>             |  |
| <b>Nº D.N.I.</b>         |  |
| <b>LUGAR Y FECHA</b>     |  |