



HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CUENCA ALTA NESTOR KIRCHNER

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 **047** Año **2025**

Ejercicio 2025

Ref./ Adquisición de Equipamientos y Varios para el Área de Ingeniería Hospitalaria de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: **081-2025** Fecha **06/05/2025**

FECHA DE APERTURA: **MIÉRCOLES 25 DE JUNIO DE 2025 A LAS 10:00 HS**

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

VALOR DEL PLIEGO \$ 25.000,00

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.

AREA DE INGENIERIA CLINICA HCANK

RG	REFERENCIA	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	MONITOR MULTIPARAMETRICO SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES	9			
2	PULSIOXIMETRO SEGÚN ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES	6			
3	UPGRADE CENTRAL DE MONITOREO HYPERVISOR A BENEVISION	2			
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 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 Publica 047/2025.

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 Veinticinco Mil (\$25.000,00)** 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 ENTREGA. La entrega procederá A REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA. Se podrán presentar propuestas con plazos de entrega alternativos, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. LA ENTREGA DE LOS RG RESULTARA 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 08:00 a 16:00 horas. 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.

CONDICION DE PAGO: El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. **Se podrán considerar propuestas con formas de pago alternativas, las cuales quedarán a consideración 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.

FIRMA	
NOMBRE Y APELLIDO	
CARGO	
Nº D.N.I.	
LUGAR Y FECHA	