


**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 **12** Año **2025**

Ejercicio 2025

*Ref./ Adquisición de Determinaciones con Entrega de Equipamiento en Comodato Sin Cargo para el Servicio de Laboratorio de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C*

 Pedido de Provisión: **026-2025** Fecha **18/02/2025**
**FECHA DE APERTURA: MIERCOLES 16 DE ABRIL DE 2025 – 10:00 HORAS**

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

**VALOR DEL PLIEGO \$ 120.000,00**

**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.

**REGLON Nº 1. AREA: HEMOGRAMAS - DETERMINACIONES DE HEMATOLOGIA CON LA PROVISIÓN DE EQUIPAMIENTO**

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1.1	HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL DE CINCO POBLACIONES. CON AUTO SAMPLER Y LISIS DE GLOBULOS RESISTENTES POR IMPEDANCIOMETRIA AUTOMATIZADO. DETERMINACION	51.600			
1.2	RECUENTO DE RETICULOCITOS. IMPEDANCIOMETRIA AUTOMATIZADO. DETERMINACION	3.000			
1.3	HEMOGRAMA CON DIFERENCIAL DE TRES POBLACIONES. IMPEDANCIOMETRIA SEMIAUTOMATICO. DETERMINACION	6.000			
<b>SUBTOTAL REGLON Nº1</b>					

**REGLON Nº 2 ERITROSEDIMENTACIÓN - DETERMINACIONES DE ERITROSEDIMENTACIÓN CON LA PROVISIÓN DE EQUIPAMIENTO AUTOMATIZADO**

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2	ERITROSEDIMENTACION. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	4.800			
<b>SUBTOTAL REGLON Nº2</b>					

**REGLON Nº 3 AREA: HEMOSTASIA - DETERMINACIONES DE HEMOSTASIA CON LA PROVISIÓN DE EQUIPAMIENTO AUTOMATIZADO (COAGULOMETRO)**

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
----	------------	------------------------------------	-------	-----------------	--------------

3.1	TIEMPO DE PROTROMBINA ISI MENOS A 1,2. COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	26.400			
3.2	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA. COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	26.400			
3.3	FIBRINOGENO. COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	2.400			
3.4	TIEMPO DE TROMBINA. COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	3.600			
3.5	FACTOR V. COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	360			
3.6	FACTOR VII. COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	360			
3.7	FACTOR VIII. COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	360			
3.8	FACTOR IX. COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	360			
3.9	FACTOR IX. COAGULOMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	360			
3.10	HEPARINEMIA. METODO TOTALMENTE AUTOMATIZADO. DETERMINACION	480			
3.11	TIEMPO DE RUSSELL DILUIDO,AUTOMATIZADO, DETERMINACIÓN	360			
3.12	TIEMPO DE RUSSELL CONFIRMATORIO, AUTOMATIZADO, DETERMINACIÓN	360			
3.13	ANTIGENO DE VONWILLEBRAND, AUTOMATIZADO, DETERMINACIÓN	360			
3.14	ACTIVIDAD DE ANTIGENO DE VONWILLEBRAND, AUTOMATIZADO, DETERMINACIÓN	360			
3.15	ANTITROMBINA III. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	120			
3.16	PROTEINA C. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	120			
3.17	PROTEINA S. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	120			
3.18	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA. DETERMINACION	120			
3.19	DIMERO D. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	360			
<b>SUBTOTAL RENGLON N°3</b>					

**RENGLON 4: AREA: MEDIO INTERNO: DETERMINACIONES DE GASES EN SANGRE, IONOGRAMA Y QUÍMICA CON LA PROVISIÓN DE EQUIPAMIENTO**

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
4	GASES EN SANGRE, COOXIMETRIA, IONOS, GLUCOSA, LACTATO Y BILIRRUBINA. ION SELECTIVO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	32.400			
<b>SUBTOTAL RENGLON Nº4</b>					
<b>RENGLON Nº 5 AREA QUIMICA CLÍNICA</b>					
RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
5.1	GLUCOSA POR METODO ENZIMATICO. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	48.000			
5.2	UREA. CINETICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	48.000			
5.3	CREATININA. CINETICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	48.000			
5.4	ACIDO URICO. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	7.800			
5.5	PROTEINAS TOTALES. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	42.000			
5.6	ALBUMINA. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	42.000			
5.7	FOSFATASA ALCALINA. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	40.800			
5.8	TGO. CINETICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	40.800			
5.9	TGP. CINETICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	40.800			
5.10	BILIRRUBINA DIRECTA. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	21.600			
5.11	BILIRRUBINA TOTAL. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	21.600			
5.12	COLESTEROL. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	45.600			
5.13	COLESTEROL HDL. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	10.800			
5.14	COLESTEROL LDL. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	6.000			
5.15	TRIGLICERIDOS. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	10.800			

5.16	LDH. CINETICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	7.200			
5.17	CPK. CINETICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	6.000			
5.18	GGT. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.800			
5.19	AMILASA. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	6.000			
5.20	HEMOGLOBINA GLICOSILADA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	7.200			
5.21	PROTEINURIA. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	3.600			
5.22	MICROALBUMINURIA. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.680			
5.23	IONOGRAMA . AUTOMATIZADO. DETERMINACION	54.000			
5.24	CALCIO. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	5.400			
5.25	FOSFORO. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	4.200			
5.26	MAGNESIO. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	4.200			
5.27	FERREMIA. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	5.400			
5.28	TRANSFERRINA. TURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	4.200			
5.29	PCR. TURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	6.000			
5.30	FRUCTOSAMINA. TURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	600			
5.31	ASTO. TURBIDIMETRIA AUTOMATIZADO. DETERMINACION	300			
5.32	LAR. TURBIDIMETRIA AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.200			
5.33	INMUNOGLOBULINA A. TURBIDIMETRIA AUTOMATIZADO. DETERMINACION	2.400			
5.34	INMUNOGLOBULINA E. TURBIDIMETRIA AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.200			
5.35	INMUNOGLOBULINA G. TURBIDIMETRIA AUTOMATIZADO. DETERMINACION	960			
5.36	INMUNOGLOBULINA M. TURBIDIMETRIA AUTOMATIZADO. DETERMINACION	960			

5.37	COMPLEMENTO C3. TURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	960			
5.38	COMPLEMENTO C4. TURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	960			
5.39	ACIDOS BILIARES. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	840			
5.40	CARBAMAZEPINA. TURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	180			
5.41	VANCOCINEMIA. TURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	180			
5.42	FENOBARBITAL. TURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	180			
5.43	DIFENILHIDANTOINA. TURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	180			
5.44	ACIDO VALPROICO. TURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	180			
5.45	HAPTOGLOBINA . TURBIDIMETRIA AUTOMATIZADO. DETERMINACION	180			
5.46	LP(a) TURBIDIMETRIA AUTOMATIZADO. DETERMINACION.	240			
5.47	BETA DOS MICROGLOBULINA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	120			
5.48	LIPASA. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	240			
5.49	AMONIO. COLORIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	240			
<b>SUBTOTAL RENGLON Nº5</b>					
<b>RENGLON Nº 6 ESPECIALES 1</b>					
RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
6.1	T3. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	2.400			
6.2	T4L. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	13.200			
6.3	TSH. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	21.600			
6.4	TOXO IGG POR INMUNOENSAYO. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	4.800			
6.5	TOXO IGM POR INMUNOENSAYO. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.440			

6.6	HIV POR INMUNOENSAYO. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	7.200			
6.7	ANTICUERPOS HCV. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	6.000			
6.8	HBSAG. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	8.400			
6.9	CHAGAS. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	3.600			
6.10	TPA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	480			
6.11	ANTICUERPOS ANTI CORE HBC IGM. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	360			
6.12	ANTICUERPOS ANTI CORE HBC. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.200			
6.13	ANTICUERPOS ANTI HBS. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	960			
6.14	TROPONINA I POR INMUNOENSAYO. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	2.400			
6.15	CK MB. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.800			
6.16	BNP. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.200			
6.17	PROCALCITONINA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	3.600			
6.18	TOXO AVIDEZ POR INMUNOENSAYO. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	240			
6.19	ACIDO FOLICO SERICO. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	3.000			
6.20	VITAMINA B12. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	4.200			
6.21	FERRITINA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	6.000			
6.22	HOMOCISTEINA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	180			
6.23	CA 125. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	600			
6.24	CA 15-3. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	420			
6.25	CA 19-9. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.020			

6.26	CEA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.200			
6.27	ALFAFETOPROTEINA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	720			
6.28	PSA. INMUNOTURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.440			
6.29	PSA LIBRE. INMUNOTURBIDIMETRICO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	960			
6.30	GONADOTROFINA CORIONICA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.200			
6.31	TIROGLOBULINA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	216			
6.32	VITAMINA D POR INMUNOENSAYO INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO DETERMINACION	4.200			
6.33	ANTICUERPOS ANTI TIROGLOBULINA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.200			
6.34	ANTICUERPOS ANTI TPO. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.800			
6.35	TRAB. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	180			
6.36	CORTISOL. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	600			
6.37	ESTRADIOL. POR INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.200			
6.38	FSH POR INMUNOENSAYO. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.200			
6.39	PROGESTERONA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	840			
6.40	PROLACTINA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	600			
6.41	INSULINA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	3.000			
6.42	LH. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	1.200			
6.43	TESTOSTERONA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	600			
6.44	SIROLIMUS. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	200			
6.45	TACROLIMUS. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	200			

6.46	METROTEXATO. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	200			
6.47	CICLOSPORINA. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	200			
6.48	HTLV. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	120			
<b>SUBTOTAL RENGLON N°6</b>					
<b>RENGLON N° 7 ESPECIALES 2</b>					
RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
7.1	TESTOSTERONA LIBRE. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	400			
7.2	17 OH PROGESTERONA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	200			
7.3	SHBG. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	200			
7.4	DHEAS INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	200			
7.5	ACTH. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	180			
7.6	CYFRA 21.1. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	240			
7.7	PARATHORMONA. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	600			
7.8	ANTICUERPOS ANTI CCP. INMUNOENSAYO AUTOMATICO. DETERMINACION	420			
7.9	PROTEINA PAP- A. EN FORMA AUTOMATIZADA. INMUNOENSAYO. DETERMINACION	120			
7.10	BETA HCG LIBRE. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	120			
7.11	SFLT-1. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	200			
7.12	PIGF. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	200			
7.13	IGF- 1. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	200			
7.14	IGFBP- 3. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	120			
7.15	ANTICUERPOS HVA IGG. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	600			

7.16	ANTICUERPOS HVA IGM. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	480			
7.17	BETA CROSS LAPS. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION	180			
<b>SUBTOTAL RENGLON Nº7</b>					
<b>RENGLON Nº 8 ESPECIALES 3</b>					
RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
8.1	ANTICUERPOS EBNA-1-IGG INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	480			
8.2	ANTICUERPOS EBV VCA IGG INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	480			
8.3	ANTICUERPOS EBV VCA IGM INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	480			
8.4	CMV IGG INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	480			
8.5	CMV IGM INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	480			
8.6	CMV AVIDEZ INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	72			
8.7	RUBEOLA IGG INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	192			
8.8	RUBEOLA IGM INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	192			
8.9	ANTICUERPOS ANTI Hbe/ANTI Hbe INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	72			
8.10	ANTICUERPOS VARICELA ZOSTER IGM INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	240			
8.11	ANTICUERPOS PAPERAS IGG INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	240			
8.12	ANTICUERPOS PAPERAS IGM INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	240			
8.13	ANTICUERPOS SARAMPION IGM INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	300			

8.14	ANTICUERPOS SARAMPION IGM INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	300			
8.15	ANTICUERPOS ANTI HERPES I Y II IGM INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	300			
8.16	ANTICUERPOS ANTI HERPES II IGG INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO DETERMINACION	300			
8.17	ANTICUERPOS ANTI HERPES I IGG INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	300			
8.18	ANTICUERPOS ANTI PARVOVIRUS IGG INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	240			
8.19	ANTICUERPOS ANTI PARVOVIRUS IGM INMUNOENSAYO INDIVIDUAL AUTOMATIZADO DETERMINACION	240			
8.20	IGM PARA DENGUE PARA LOS CUATRO SEROTIPOS SEMIAUTOMATICO INMUNOENSAYO DETERMINACION INDIVIDUAL	2160			
8.21	IGM PARA CHIKUNGUNYA AUTOMATICO DETERMINACION INDIVIDUAL	120			
8.22	ANTIGENO NS1 PARA DENGUE PARA LOS CUATRO SEROTIPOS. INMUNOENSAYO AUTOMATIZADO. DETERMINACION INDIVIDUAL	2160			
8.23	CALPROTECTINA. ELISA SEMIAUTOMATICO. DETERMINACION INDIVIDUAL	120			
<b>SUBTOTAL RENGLON N°8</b>					
<b>RENGLON N° 9 ELECTROFORESIS</b>					
RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
9.1	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN SUERO. ELECTROFORESIS AUTOMATIZADO. DETERMINACION	2.400			
9.2	INMUNOFIJACION EN SUERO. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	120			
9.3	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA. ELECTROFORESIS AUTOMATIZADO. DETERMINACION	120			
<b>SUBTOTAL RENGLON N°9.1 A 9.3</b>					
9.4	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN ORINA. SEMIAUTOMATIZADO EN GEL DE AGAROSA. DETERMINACION	100			

9.5	CADENA LIVIANA LIBRE. KAPPA EN SUERO. DETERMINACION	60			
9.6	CADENA LIVIANA LIBRE. LAMBDA EN SUERO. DETERMINACION	60			
<b>SUBTOTAL RENGLON N°9.4 A 9.6</b>					
9.7	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN ORINA. SEMIAUTOMATIZADO EN GEL DE AGAROSA. DETERMINACION	84			
9.8	INMUNOFIJACION EN ORINA. AUTOMATIZADO. DETERMINACION	60			
9.9	CADENA LIVIANA LIBRE LAMBDA EN ORINA ANTISUERO ML	2			
9.10	CADENA LIVIANA LIBRE. KAPPA EN ORINA ANTISUERO ML	2			
<b>SUBTOTAL RENGLON N°9</b>					
<b>RENGLON N° 10 ELISA DETERMINACIONES ANTICUERPOS CON LA PROVISIÓN DE EQUIPAMIENTO</b>					
RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
10.1	CHAGAS AC TOTALES. ELISA SEMIAUTOMATICO. DETERMINACION	3.600			
10.2	ANTICUERPOS ANTI GLIADINA DEAMINADA IGA. ELISA SEMIAUTOMATICO. DETERMINACION	120			
10.3	ANTICUERPOS ANTI GLIADINA DEAMINADA IGG. ELISA SEMIAUTOMATICO. DETERMINACION	2.304			
10.4	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA. ELISA SEMIAUTOMATICO. DETERMINACION	2.304			
10.5	ANTICUERPOS ANTI CARDIOLIPINA IGG. ELISA SEMIAUTOMATICO. DETERMINACION	240			
10.6	ANTICUERPOS ANTI BETA DOS GLICO IGG. ELISA SEMIAUTOMATICO. DETERMINACION	240			
10.7	ANTICUERPOS ANTI BETA DOS GLICO IGM. ELISA SEMIAUTOMATICO. DETERMINACION	240			
10.8	ANTICUERPOS ANTI CARDIOLIPINA IGM. ELISA SEMIAUTOMATICO. DETERMINACION	240			
<b>SUBTOTAL RENGLON N°10</b>					
<b>RENGLON N° 11 ORINA</b>					

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
11	TIRA DE ORINA. DE 10 ANALITOS CON LECTOR. UNIDAD	12.000			
SUBTOTAL RENGLON N°11					
<b>RENGLON N° 12 AREA: BACTERIOLOGIA/MICROBIOLOGIA</b>					
RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 12 MESES	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
12.1	DISPOSITIVO PARA DETERMINACIONES DE PCR MULTIPLE VIRUS, BACTERIAS, HONGOS y MECANISMOS DE RESISTENCIA . MAS DE 10 DETERMINACIONES POR PANEL	540			
12.2	BOTELLA HEMOCULTIVO. ADULTO. UNIDAD	4800			
12.3	BOTELLA HEMOCULTIVO. PEDIATRICO. UNIDAD	1000			
12.4	BOTELLA HEMOCULTIVO. ANAEROBIOS. UNIDAD	100			
12.5	TIPIFICACION DE GERMENES. POR ESPECTROFOTOMETRIA DE MASA. TECNOLOGIA MALDITOFF. UNIDAD	6144			
12.6	TARJETA DE TIPIFICACION DE GERMENES. UNIDAD	240			
12.7	TARJETA DE SENSIBILIDAD DE GERMENES. UNIDAD	4800			
SUBTOTAL RENGLON N°12					
<b>TOTAL RENGLON N°1, N°2, N°3, N°4, N°5, N°6, N°7, N°8, N°9, N°10, N°11 y N°12</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.

**CONDICIONES DE CONTRATACIÓN:** Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Publica 12/2025.

**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 Ciento Veinte Mil (\$120.000,00)** 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 Oficina de Compras y Contrataciones del HCANK.

**ADJUDICACION. PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. PRORROGA.** La entrega de los insumos deberá efectuarse a requerimiento con disponibilidad inmediata, con entrega de equipamiento en comodato sin cargo por un **período de 12 Meses a**

**contar desde el 01 de Abril de 2025, con opción a Prorroga del Servicio hasta por igual periodo,** a cuenta, orden y consideración del Hospital, previa notificación al prestador del servicio con una antelación de 60 días de la finalización de dicho periodo. Las cantidades totales por renglón consignadas resultan únicamente a modo estimativo, en consecuencia, durante la vigencia del periodo prestacional establecido, los requerimientos de entrega efectuados por el HCANK serán realizados conforme las necesidades efectivas de la Institución y a exclusivo juicio de este Hospital, pudiendo resultar en una superación o disminución de dichas cantidades.

**LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA** Los insumos requeridos y la prestación del Servicio procederá en la sede del Servicio de Laboratorio 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. 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.

**LA PRESENTACION DEL REMITO ORIGINAL** al momento de la entrega de los mismos.

**PAGO.** La Facturación resultará conforme entrega, y su pago se efectuará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura salvo propuesta alternativa presentada y aceptada por las Autoridades del HCANK.

**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>	