



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
www.hospitalcuencaalta.org.ar

PEDIDO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA

Número **238** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Instrumental para el Centro Quirúrgico de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: 265/2020 Fecha 05/11/2020

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MARTES 01 DE DICIEMBRE DE 2020 a las **12:00 hs vía correo electrónico a 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.

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	MANGO PARA HOJA DE BISTURÍ N° 4	4			
2	PINZA BACKHAUS 15 CM PARA 1° CAMPO	28			
3	PINZA DE CRILLE CURVA 14 CM.	8			
4	PINZA DE CRILLE RECTA	8			
5	PINZA DE KOCHER RECTA X 22 CM.	8			
6	PINZA DE KOCHER RECTA X 18 CM.	8			
7	PINZA TRIANGULAR DE DUVAL (PARA PULMON)	2			
8	PINZA DE ARO	16			
9	PINZA BERTOLA X 18 CM.	5			
10	PORTA AGUJAS 18 CM.	8			
11	TIJERA DE METZEMBAUM CURVA X 23 CM.	4			
12	TIJERA DE MAYO RECTA X 14 CM	4			
13	PINZA DE DISECCIÓN X 20 CM.	4			
14	PINZA DIENTE DE RATON X 20 CM.	4			

15	PINZA DE DIENTECILLOS X 20 CM.	4			
16	SERARADOR DE FARABEU 12 X 1,0 CM (PAR)	8			
17	SERARADOR DE FARABEU 15 X 3,0 CM (PAR)	8			
18	VALVA SUPRAPÚBICA	4			
19	PINZA PEAN X 16 CM.	8			
20	BOLS DE ACERO INOXIDABLE	6			
21	PINZA DOBLE UTILIDAD X 23 CM.	6			
22	PINZA DOBLE UTILIDAD X 30 CM.	3			
23	PINZA DE FOESTER RECTA X 25 CM.	3			
24	PINZA DE FOESTER CURVA X 30 CM.	3			
25	PINZA MANO IZQUIERDA PARA DISECCIÓN DE BAKEY X 30 CM.	2			
26	PINZA MANO IZQUIERDA PARA DISECCIÓN DE BAKEY X 24 CM.	2			
27	TIJERA DE METZEMBAUN DELICADA X 23 CM.	2			
28	TIJERA DE METZEMBAUN DELICADA X 30 CM.	2			
29	PORTA AGUJAS DELICADO CRILLE WOOD X 23 CM.	2			
30	PORTA AGUJAS DELICADO X 30 CM.	2			
31	PINZA DE KOCHER RECTA X 30 CM.	4			
32	SEPARADOR INTERCOSTAL TUPO FINOCHIETTO/ BURFORD CON VALVAS INTERCAMBIABLES DE 30, 60 Y 90 MM.	1			
33	PINZA BERTOLA DELICADA X 23 CM.	4			
34	PINZA BERTOLA X 23 CM.	4			
35	PINZA BERTOLA X 30 CM.	4			

36	PINZA DE GREGOIRE X 23 CM.	6			
37	PINZA DOBLE UTILIDAD DELICADA X 23 CM.	6			
38	CLAMP INTESTINAL ELASTICO CURVO	2			
39	CLAMP INTESTINAL ELASTICO RECTO	2			
40	CAJA DE ACERO INOXIDABLE AUTOCLAVABLE DE 45 X 25 X 10 CM	6			
41	MANGO PARA HOJA DE BISTURÍ N° 7	2			
42	MANGO DE BISTURÍ N° 3 LARGO	4			
43	PINZA DE MIXTER X 20 CM.	2			
44	PORTA AGUJAS DE CASTROVIEJO CON BOCA DE TUNGSTENO X 20 CM.	1			
45	PORTA AGUJAS DE RYDER CON BOCA DE TUNGSTENO X 20 CM	1			
46	SEPARADOR DE WIETLANER X 20 CM.	1			
47	SEPARADOR DE ADSON ARTICULADO CON ALETAS DE 50 X 50 MM.	1			
48	CLAMP VASCULAR BAHNSON RECTO	1			
49	CLAMP VASCULAR DE BAKEY ANGULADO 45° X 12 CM.	1			
50	CLAMP VASCULAR DE COOLEY ANGULADO 45° X 20 CM.	1			
51	CLAMP BULLDOG X 6,5 CM. CURVO	4			
52	CANULA DE ASPIRACIÓN DE 7 U 8 FR.	2			
53	DISECTOR DE ENDARTERECTOMÍA TIPO LEMMON	1			
54	CLIPADORA PARA LT 200 REUTILIZABLE	1			
55	MANGO DE BISTURÍ N° 4 LARGO	2			
			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/licitaciones

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

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/licitaciones

OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL Los proveedores cotizantes, deberán enviar vía correo electrónico la siguiente documentación:

- a) **PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO en formulario Enviado a tal fin. Se Podrá acompañar además propuesta económica en hoja membretada. EL Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada, debiendo el mismo resultar coincidente con el acreditado en la constancia de proveedor que se solicita en el Punto b).**
- 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) **CERTIFICADO DEL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES;**

La falta de presentación de la documentación enumerada en el presente Artículo, será inexcusable y podrá resultar causal de desestimación de la oferta por su apartamiento a los términos de la contratación.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. La Entrega a requerimiento con disponibilidad inmediata a partir de los 5 (cinco) días de recibida la Orden de Compra o conforme propuesta.

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA La entrega procederá 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. 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.

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	