



Hospital de Alta Complejidad  
**CUENCA ALTA SAMIC**

**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)

Página : 1 /3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
LICITACION PÚBLICA**

Número **014** Año **2019**

Ejercicio 2020

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

Pedido de Provisión: **110-2019** Fecha **29/11/2019**

**FECHA DE APERTURA: 19 DE FEBRERO DE 2020 – 10:00 HS.**

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y SUMINISTROS DEL HOSPITALCUANCA ALTA SAMIC

**VALOR DEL PLIEGO \$ 1050,00**

**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, revisiendo el "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC, el carácter de Exento.

Renglón	Descripción	Cantidad	Marca	Precio Unitario	Precio Total
<b>INSUMOS VARIOS</b>					
1	AGUJA ESPINAL PUNTA LÁPIZ 25G C/INTRODUCTOR	162			
2	AGUJA ESPINAL PUNTA LÁPIZ 25 G XL S/INTRODUCTOR	18			
3	AGUJA ESPINAL PUNTA LÁPIZ 26G S/INTRODUCTOR	78			
4	AGUJA ESPINAL PUNTA LÁPIZ 27G S/INTRODUCTOR	24			
5	CERA PARA HUESO	24			
6	CLIPS PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA M/L( BLLISTERS)	80			
7	PLACA PACIENTE	540			
8	SET PERIDURAL 18G	12			
9	CATGUT CRÓMICO 2, 1/2 CIRCULO, C/ AGUJA REDONDA, 50 MM	245			
10	CATGUT SIMPLE 2/0, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA, 35 MM	120			
11	CATGUT SIMPLE 1, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA, 35 MM	24			
12	NYLON 2/0 CON AGUJA RECTA, 60 MM	444			

13	NYLON 3/0, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA	210			
14	POLIGLACTINA 910 4/0, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA	24			
15	POLIGLACTINA 910 3/0, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA	108			
16	POLIGLACTINA 910 2/0, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA	114			
17	POLIGLACTINA 910 - 0, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA, 35 MM	174			
18	POLIGLACTINA 910 - 1, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA, 50 MM	546			
19	POLIPROPILENO 0, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA, 35 MM	42			
20	POLIPROPILENO 1, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA, 35 MM	48			
21	POLIPROPILENO 2/0, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA	24			
22	POLIPROPILENO 3/0, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA	14			
23	POLIPROPILENO 4/0, 1/2 CICULO C/AGUJA REDONDA	18			
24	LINO 0 (SOBRE)	228			
25	LINO 100 (CARRETEL)	1			
26	TUBO DE DRENAJE DE LÁTEX X METRO	20			
27	VENDAS DE SMARCH	6			
28	MANGO ACTIVO PARA ELECTROBISTURI (LAPIZ)	108			
29	SIERRA DE GIGLI 50 CM.	24			
30	STIMUPLEX ULTRA 360 N°50 MM	18			
31	STIMUPLEX ULTRA 360 N°100 MM	18			
<b>TOTAL</b>					

**Condiciones de Contratación: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Pública 014/2019.**

**Muestras:** en caso de necesidad, la Institución podrá solicitar muestras de los insumos a cotizarse.

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

SE HACE CONSTAR QUE DESDE EL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA Y DURANTE TODO EL PROCESO DE CONTRATACIÓN, EL OFERENTE DEBERÁ ENCONTRARSE CON APTITUD VIGENTE PARA CONTRATAR EN SU CALIDAD DE PROVEEDOR DEL ESTADO Y EN PLENO CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES FISCALES Y PREVISIONALES DE CONFORMIDAD A LA LEGISLACIÓN VIGENTE. EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA CONDICIÓN, RESULTARA CAUSAL DE DESESTIMACIÓN DE LA OFERTA.

**Plazo y Lugar de Entrega:** Entrega 60% de forma inmediata y saldo del 40% a requerimiento del del HCAS. Los insumos requeridos deberán ser entregados 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.

**Pago:** se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura.

**Factura de acuerdo a Orden de Compra. ESTE ESTABLECIMIENTO NO SE HARÁ CARGO POR GASTOS ADICIONALES.**

**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>	