



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 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
CONTRATACION DIRECTA**

Número **139** Año **2020**

Ejercicio 2020

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

Pedido de Provisión: **148-2020** Fecha **03/08/2020**

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 14 DE AGOSTO DE 2020 a las 10:00 hs. 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.

Renglón	Descripción	Cantidad	Marca	Precio Unitario	Precio Total
<b>INSUMOS VARIOS CENTRO QUIRUGICO</b>					
1	AGUJA ESPINAL PUNTA LÁPIZ 25G C/INTRODUCTOR	40			
2	AGUJA ESPINAL PUNTA LÁPIZ 27G	15			
3	AGUJA ESPINAL PUNTA LÁPIZ 25 G XL S/INTRODUCTOR	5			
4	CATETER DOBLE "J" 6 FR.	18			
5	CATETER DOBLE "J" 4 FR.	2			
6	ESPONJA ABSROBILE DE GELATINA PORCINA ESTERIL	12			
7	CATGUT CRÓMICO 2N°, 1/2 CIRCULO, AGUJA REDONDE 50 MM	144			
8	NYLON 2/0 CON AGUJA RECTA, 60 MM	194			
9	POLIGLACTINA 910 N° 0, 1/2 CIRCULO, AGUJA REDONDA	36			
10	POLIGLACTINA 910 N° 1, 1/2 CIRCULO, AGUJA REDONDA, 50 MM	36			
11	SEDA N°3/0, 1/2 CIRCULO, AGUJA REDONDA	36			
12	FRESA AUTO BLOQUEANTE DE 14 CON VÁSTAGO METÁLICO	4			
13	CATGUT SIMPLE N°0, 1/2 CIRCULO, AGUJA REDONDA 35MM	144			
14	GUÍA O VARS DE ESCMMAN (HUECA)	2			
15	VÁLVULA DE RUBENS O CODO BOLSA	2			
<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/licitaciones](http://www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones)

*Aquellas firmas cotizantes, deberán acompañar*

**1) el PRESENTE PEDIDO DE COTIZACION COMPLETO.**

**2) Documentación emitida por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;**

**3) 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;**

**4) Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos de la Provincia de Buenos Aires.**

**5) Declaración en instrumento privado que indique que no ha sido demandado por la Nación y/o la Provincia de Buenos Aires o sus entidades descentralizadas por causas fiscales o contractuales.**

**6) Declaración en instrumento privado que indique 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.**

**Plazo y Lugar de Entrega: Entrega a requerimiento con disponibilidad inmediata.**

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>	