



HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CUENCA ALTA NÉSTOR 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

www.hospitalcuencaalta.org.ar

PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACION PUBLICA

Número **011** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./Adquisición de Insumos Varios para el Servicio de Medicina Transfusional de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

Pedido de Provisión: **150-2020** Fecha **03/08/2020**

FECHA DE APERTURA: MARTES 08 DE SEPTIEMBRE DE 2020 – 10:00 HS.

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

VALOR DEL PLIEGO \$ 1.350,00

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.

Renglón	Descripción	Cantidad	Marca	Precio Unitario	Precio Total
INSUMOS VARIOS SERVICIO DE ESTERILIZACION HCANK					
1	BOLSAS DE TRANSFERENCIA DE 800 ML , ESTERILES Y LIBRE DE PIROGENOS	30			
2	BOLSAS DE TRANSFERENCIA DE 300/600 ML , ESTERILES Y LIBRE DE PIROGENOS	150			
3	BOLSAS PARA FRACCIONAMIENTO EN PEDIATRIA(4 DERIVACIONES)	50			
4	FILTROS PARA LEUCOREDUCCION DE UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS,CON BOLSA COLECTORA , LOG. 4/5	100			
5	CUCHILLAS PARA CONECTOR ESTERIL DE TUBULADURAS	560			
6	PIPETAS PLASTICAS TIPO PASTEUR,VOLUMEN 3 ML.CAJA X 500	3000			
7	TIPS AMARILLOS 5-50 UL TIPO SOCOREX ,BOLSA X 1000	2000			
8	CAPILARES PARA MICROHEMATOCRITO HEPARINIZADOS,FRASCO X 500	4			
9	GUIAS PARA TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES,DOBLE CAMARA Y FILTRO DE 200 MICRONES,VENCIMIENTO NO MENOR A 1 AÑO	1000			
10	CONSERVADORA CON RUEDAS CON CAPACIDAD DE MAS DE 50 LITROS PARA	2			

	CONSERVAR FRIO				
11	SOLUCION DE ACD EN VIALES DE 600 ML.FLEXIPACK.VALOR UNITARIO	42			
12	TIJERA PARA CIRUGIA,BORDE ROMO DE ACERO INOXIDABLE	10			
13	PINZA KOCHER,ACERO INOXIDABLE	10			
14	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI A,FRASCO X 10 ML.	5			
15	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI B,FRASCO X 10 ML.	5			
16	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI AB,FRASCO X 10 ML.	5			
17	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI C,FRASCO X 5 ML.	5			
18	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI C,FRASCO X 5 ML.	3			
19	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI E,FRASCO X 5 ML.	3			
20	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI E,FRASCO X 5 ML.	3			
21	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI D (TOTEM)QUE POSIBILITE LA DETECCION DE D VI FRASCO POR 10 ML.	10			
22	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI D ,IG M FRASCO POR 10 ML.	10			
23	SUERO HEMOCLASIFICADOR ANTI KELL,FRASCO X 5 ML.	2			
24	SUERO DE COOMBS MONOESPECIFICO ANTI IG G,FRASCO POR 5 ML	1			
25	SUERO DE COOMBS MONOESPECIFICO IG M ,FRASCO POR 5 ML	1			
26	SUERO DE COOMBS MONOESPECIFICO C3C ,FRASCO POR 5ML	1			
27	SUERO DE COOMBS POLIESPECIFICO ,FRASCO POR 10 ML	5			
28	ID TARJETAS PERFIL ANTIGENOS I X 12 UNIDADES X CAJA	1			
29	ID TARJETAS PERFIL ANTIGENOS II X 12	1			

	UNIDADES X CAJA				
30	ID TARJETAS PERFIL ANTIGENOS III X 12 UNIDADES X CAJA	1			
31	KIT DE SUEROS PARA TIPIFICACION EN TEC. EN GEL DE ANTIGENOS M,N,S,S,FYA,FYB EN CAJA DE 6 VIALES DE 1,4 ML	1			
32	ID TARJETAS DIACLON ABO/ RH PARA PACIENTES CON ANTICUERPOS DE ORIGEN MONOCLONAL X CAJA	10			
33	ID TARJETAS DIACLON ABO/ RH D VI PARA RECIEN NACIDO CON ANTICUERPOS DE ORIGEN MONOCLONAL X CAJA	10			
34	TARJETAS PARA REALIZAR DETERMINACIONES CON REACTIVO LISS COOMBS,CAJA X 48 PERFILES	10			
35	TARJETAS SUBGRUPOS RH Y KELL CAJAS DE 48 PERFILES	4			
36	TARJETAS SALINO-ENZIMATICAS Y AGLUTININAS FRIAS.CAJA X 48 PERFILES	4			
37	KIT DE ELUCION ACIDA DE ANTICUERPOS PARA TECNICA EN GEL	1			
38	PANEL IDENTIFICADOR DE 11 VIALES DE 4 ML C/U AL 0,8 % TEC. EN GEL	10			
39	PANEL DE GLOBULOS ROJOS AL 0,8 % PARA DETERMINACION DE ABO REVERSO Y AC.IRREGULARES A1,A2,B Y 3 TIPOS CELULARES I/II/III.	10			
40	PUNTAS ID PARA PIPETOR BOLSA X 1000	4			
41	TUBOS PLASTICOS CRISTAL (KAHN)PARA TECNICA EN GEL.BOLSA X 1000	4			
42	SOLUCION DE LISS MODIFICADA PARA RESUSPENDER GLOBULOS ROJOS,ID DILUYENTE 2 , FRASCO POR 500 ML.	1			
43	SOLUCION DE BROMELINA ID DILUYENTE 1 , FRASCO POR 500 ML.	1			
44	GRADILLAS EN Z DE ALUMINIO O ACERO INOXIDABLE X 100 TUBOS	6			
45	REACTIVO ACTIVADOR DE CONTACTO DE LA VIA INTRINSECA POR TROMBOELASTOMETRIA	150			

46	REACTIVO FACTOR TISULAR, PARA ACTIVACION DE LA VIA EXTRINSECA POR TRAMBOELASTOMETRIA	160			
47	REACTIVO APROTININA PARA INHIBICION DE LA FIBRINOLISIS POR TROMBOELASTOMETRIA	20			
48	CYTOCHALASIN D PARA INHIBICION DE LAS PLAQUETAS POR TROMBOELASROMETRIA	100			
49	HEPARINASA L PARA LA INHIBICIONDE LA HEPARINA POR TROMBOELASTOMETRIA	20			
50	CONTROL NORMAL PARA TROMBOELASTOMETRIA	40			
51	CONTROL PATOLOGICO PARA TROMBOELASTOMETRIA	40			
52	COPA Y PIN PARA TROMBOELASTOMETRO	420			
TOTAL					

Condiciones de Contratación: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Publica 011/2020.

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

OBTENCION DEL PLIEGOS DE CONDICIONES PARTICULARES.-. Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la Oficina de Compras y Suministros del Hospital, hasta 24 horas hábiles con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, previa acreditación del depósito de la suma establecida de Pesos Mil Trescientos Cincuenta (\$1.350,00) en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N°1800022504 Sucursal 1290, CBU 0110180120018000225048- Avda.Libertad 698 de la Localidad de Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires

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.

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