


**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 **149** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Contratación del Servicio de Provisión de Oxido Nítrico para este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC

 Pedido de Provisión: **167-2020** Fecha **21/08/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el LUNES 14 DE SEPTIEMBRE DE 2020 a las 10:00 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 | Precio Unitario | Precio Total |
|---|---|----------|-----------------|--------------|
| SERVICIO DE PROVISIÓN DE OXIDO PARA ESTE HCANK | | | | |
| 1 | SERVICIO DE SUMINISTRO DE OXIDO NITRICO PARA TERAPIA RESPIRATORIA NEONATAL con entrega en comodato sin cargo de equipo completo para suministrar el gas medicinal conforme especificaciones técnicas del presente.- | 16 m3 | | |
| 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 Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones

Aquellas firmas cotizantes, deberán presentar:

- 1) El PRESENTE PEDIDO DE COTIZACION COMPLETO y FIRMADO ;
- 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,
- 7) Propuesta del Servicio a prestarse.

PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA: inicio de la prestación del servicio de manera inmediata en la sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires y entregar parciales a requerimiento con disponibilidad inmediata.

PAGO: se formulará conforme consumo con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura. Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS

FACTURA DE ACUERDO A ORDEN DE COMPRA.

ESTE ESTABLECIMIENTO NO SE HARÁ CARGO POR GASTOS ADICIONALES.

ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES Y ALCANCE DEL SERVICIO - CONTRATACION DIRECTA 149/2020

REFERENCIA: SERVICIO DE SUMINISTRO DE OXIDO NÍTRICO PARA TERAPIA RESPIRATORIA NEONATAL

ALCANCES: La contratación de suministro de Óxido Nítrico para terapias respiratorias del servicio de Neonatología de este HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC.

OBJETIVO: Proveer un servicio completo integrado de: Administrador de Óxido Nítrico, monitor del suministro, kits descargables para el uso y tubos de al menos 4m3 a requerimiento hasta la cantidad total de 16 m2..

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

- 1- **EQUIPO:** La empresa deberá proveer la instalación sin costo de un equipo completo en comodato que permita suministrar el gas medicinal, este conjunto deberá estar compuesto por:
 - **Administrador de gas Óxido Nítrico:** Este debe poder setearse según necesidad del médico tratante, pudiendo variar la posología y el flujo, además debe tener modo continuo y un modo Trigger que permita inyectar el gas en sincronía con la ventilación mecánica.
 - **Monitor medidor de suministro:** Este debe medir al menos los siguientes parámetros NO – NO 2 – PPM iNO y FIO 2.
 - **Carro portador de equipo:** Este debe permitir un fácil transporte tanto del administrador y el monitor como del tubo de óxido nítrico.
- 2- **DESCARTABLES:** El proveedor debe suministrar sin costo los kits descartables necesarios para la utilización del equipo, estos kits deben ser esterilizables y se entregaran según la demanda del servicio de ingeniería clínica.
- 3- **SOPORTE TÉCNICO:** La empresa debe proveer un soporte técnico online de 24*365 y un soporte técnico presencial de como máximo 4Hs de demora en caso de una detención súbita del equipo. Al menos una vez por mes deberá realizarse una calibración y control del equipo en cuestión de manera de asegurar el correcto y seguro funcionamiento, estas visitas deberán coordinarse con el servicio de ingeniería clínica y se deberá entregar un remito que deje constancia del trabajo realizado.
- 4- **TUBOS DE OXIDO NÍTRICO:** Se entregaran tubos a requerimiento de al menos 4m3 que tendrán una concentración de Óxido Nítrico de al menos 450ppm. Estos tubos deberán ser reemplazados sin costo en caso de que el gas llegue a su límite de vencimiento.
- 5- **CAPACITACIÓN:** La empresa proveedora deberá dictar las capacitaciones necesarias para todo el personal afectado al uso del equipo. Además se deberá otorgar una capacitación técnica a personal de Ingeniería Clínica que permita detectar y resolver fallas simples.
- 6- **DOCUMENTACIÓN:** Se deberán presentar todos los certificados de ANMAT pertinentes.

La totalidad de datos técnicos, así como cualquier otra consulta o necesidad de índole técnico/operativa, deberá ser requerida por los Oferentes ante el AREA DE INGENIERIA CLINICA de la Dirección de Infraestructura y Tecnología de este HCANK al correo ingenieriaclinica@hospitalcuencaalta.org.ar

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 | |