



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

Página : 1 / 9

**PEDIDO DE COTIZACIÓN
CONTRATACION DIRECTA**

Número **029** Año **2020**

Ejercicio 2020

*Ref./ Adquisición de Medicamentos para el Servicio de Farmacia de este
"Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica
Integral para la Comunidad SAMIC*

Pedido de Provisión: **029-2020** Fecha **06/04/2020**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MARTES 14 DE ABRIL DE 2020 a las 09:00 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.

Renglón	Descripción	Cantidad	Marca	Precio Unitario	Precio Total
ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS					
1	BETAMETASONA ACETATO/ FOSFATO. 6-7,8 MG/ 2 ML AMP	95			
2	DEXAMETASONA 8 MG/2 ML AMP	500			
3	DICLOFENAC 75 MG AMP	600			
4	DICLOFENAC 75 MG CP	300			
5	DIPIRONA 1 GR/ 2 ML AMP	1100			
6	FENTANILO 250 MCG AMP	13000			
7	HIDROCORTISONA 100 MG F.A	500			
8	HIDROCORTISONA 500 MG F.A	200			
9	IBUPROFENO 600 mg/100 ml MG F.A USO E.V	10			
10	INDOMETACINA 100 MG SUPOSITORIO	5			
11	INDOMETACINA 50 MG F.A	30			
12	MEPREDNISONA 8 MG CP	50			
13	METILPREDNISOLONA 500 MG F.A	10			
14	MORFINA 10 MG/ 1 ML AMP	1800			

15	PARACETAMOL 1000 MG/ 100 ML SACHET	200			
16	PARACETAMOL 500 MG CP	2000			
17	TRAMADOL 100 MG/ 2 ML AMP	300			
ANESTÉSICOS					
18	TIOPIENTAL SÓDICO 1 GR F.A	30			
19	ATRACURIO 50 MG / 5 ML AMP	2700			
20	ETOMIDATO 2 MG/ ML AMP	20			
21	KETAMINA 500 MG/ 10 ML F.A	20			
22	LIDOCAINA 2% JALEA	200			
23	LIDOCAÍNA 50 MG/ 5 ML(1%) AMP	200			
24	PANCURONIO 4 MG /2 ML AMP	300			
25	PROPOFOL 200 MG/ 20 ML AMP.	400			
26	PROPOFOL 2% 50 ML F.A	1900			
27	SUCCINILCOLINA 100 MG /2 ML AMP	700			
28	VECURONIO 10 MG F.A	150			
ANTIINFECIOSOS					
29	AZITROMICINA 500 MG CP	90			
30	AMPICILINA/ SULBACTAM 1,5 GR F.A	2500			
31	CEFALOTINA 1 GR F.A	100			
32	CEFAZOLINA 1 GR F.A	800			
33	CEFEPIME 2 GR F.A	100			
34	CEFTAZIDIMA 1 GR F.A	700			
35	CEFTRIAXONA 1 GR F.A	400			
36	CIPROFLOXACINA 500 MG SACHET	400			
37	CLARITROMICINA 500 MG F.A	1900			
38	CLARITROMICINA 250 MG/ 5ML JARABE	10			

39	CLORHEXIDINA 0,12% COLUTORIO ORAL	100			
40	COLISTIN 100 MG F.A	200			
41	GENTAMICINA 80 MG/ 2 ML AMP	100			
42	LEVOFLOXACINA 500 MG CP	100			
43	LEVOFLOXACINA 500 MG F.A	200			
44	MEROPENEM 1 GR F.A	300			
45	MINOCICLINA 100 MG CP	30			
46	NITROFUZAZONA APÓSITO X 40	30			
47	PIPERACILINA/ TAZOBACTAM 4,5 GR F.A	1200			
48	PIRIMETAMINA 25 MG CP	250			
49	RIFAMPICINA 300 MG CP	30			
50	TEICOPLANINA 400 MG F.A	10			
51	TRIMETOPRIMA/SULFAMETOXAZOL(COTRIMOXAZOL) 80-400 MG/ 5 ML AMP	200			
52	VANCOMICINA 1 GR F.A	300			
APARATO CARDIOVASCULAR					
53	ADRENALINA 1MG/ 1 ML AMP	400			
54	AMIODARONA 150 MG/ 3 ML AMP	100			
55	AMLODIPINA 10 MG CP	200			
56	ATROPINA 1 MG / 1 ML AMP	200			
57	BISOPROLOL 5 MG CP	100			
58	CARVEDILOL 12,5 MG CP	180			
59	CARVEDILOL 6,25 MG CP	180			
60	DIGOXINA 0,25 MG/ 1 ML AMP	100			
61	DILTIAZEM 60 MG CP	40			
62	HIDRALAZINA 50 MG CP	150			

63	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG CP	30			
64	HIDRALAZINA 50 MG CP	150			
65	DOPAMINA 200 MG / 5 ML AMP	100			
66	ESPIRONOLACTONA 25 MG CP	90			
67	ESPIRONOLOACTONA 100 MG CP	80			
68	FUROSEMIDA 20 MG/ 2 ML AMP	2000			
69	LABETALOL 20 MG / 4 ML AMP	600			
70	LOSARTAN 50 MG CP	100			
71	NIMODIPINA 60 MG CP	200			
72	NITROPRUSIATO DE SODIO 50 MG F.A	150			
73	NORADRENALINA 4 MG/ 4 ML AMP	2500			
74	PROPRANOLOL 40 MG CP	100			
75	PROPRANOLOL 5MG/ 5ML AMP	20			
APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO					
76	CREMA DE BISMUTO 3% 90 ML SUSPENSIÓN	15			
77	FOSFATO MONOSÓDICO/DE SODIO 18/ 8 GR ENEMA 135 ML	10			
78	GLUCOSADO HIPERTÓNICO 2500 MG/10 ML (25%) AMP	200			
79	GLUCOSADO HIPERTÓNICO 5000 MG/ 10 ML (50%) AMP	100			
80	HIOSCINA 20 MG/ 1 ML AMP	100			
81	INSULINA HUMANA CORRIENTE/REGULAR 1000 UI/ 10 ML F.A	15			
82	INSULINA NPH 1000 UI/ 10 ML F.A	10			
83	LACTULOSA 65% SUSPENSIÓN	15			
84	LOPERAMIDA 2 MG CP	200			

85	METOCLOPRAMIDA 10 MG AMP	500			
86	METOCLOPRAMIDA 0,2% GOTAS ORALES	3			
87	OMEPRAZOL 40 MG F.A	500			
88	ONDANSETRON 8 MG/4 ML AMP	50			
89	RANITIDINA 50 MG/ 5 ML AMP	4000			
90	SIMETICONA 200 MG CP	30			
91	SIMETICONA 4% GOTAS ORALES	5			
92	VASELINA LÍQUIDA 250 ML	200			
93	TIRAS REACTIVAS PARA HEMOGLUCOTEST CON APARATO	6000			
APARATO GENITOURINARIO, HORMONAS Y ANTAGONISTAS					
94	METIMAZOL 20 MG CP	120			
APARATO RESPIRATORIO					
95	ACETIL CISTEINA 600 MG COMP. EFERVECENTE	180			
96	BUDESONIDE 0,1% GOTAS PARA NEBULIZAR	20			
97	BUDESONIDE 200 MCG. AEROSOL	80			
98	FLUTICASONA-SALMETEROL 250/25 MCG AEROSOL	20			
99	IPRATROPIO 0,025% GOTAS PARA NEBULIZAR	50			
100	IPRATROPIO 20 MCG AEROSOL	90			
101	SALBUTAMOL 0,5% GOTAS PARA NEBULIZAR	30			
102	SALBUTAMOL 100 MCG AEROSOL	90			
HEMATOLÓGICOS					
103	GAMMAGLOBULINA Y TOXOIDE TETÁNICO 500 U.I	24			
104	LEUCOVORINA 15 MG CP	80			

NUTROTERÁPICOS					
105	ALIMENTACION PARENTERAL TRES EN UNO, PARA ADULTOS CON SMOF	56			
ELECTROLITOS MINERALES Y DILUYENTES					
106	AGUA DESTILADA ESTÉRIL 5 ML AMP	2000			
107	CARBONATO DE CALCIO 1250 MG CP	600			
108	CLORURADO HIPERTÓNICO 2000 MG/10 ML(20%) AMP	200			
109	CLORURO DE POTASIO 15 MEQ/ 5 ML AMP	3500			
110	FOSFATO DE POTASIO 3 MMOL/ML AMP	3			
111	SOLUCIÓN FISIOLÓGICA ESTÉRIL 5 ML AMP	3000			
112	CLOPIDOGREL 75 MG CP	100			
113	HEPARINA SÓDICA 25000 UI/ 5 ML F.A	700			
OFTALMOLOGICOS Y DERMATOLOGICOS					
114	ACEITE DE SILICONA EN AEROSOL	80			
115	ERITROMICINA 0,5% GOTAS OFTÁLMICAS	10			
116	FENILEFRINA 5% TROPICAMIDA 0,5% GOTA OFTÁLMICA	20			
117	HIDROXIPROPILMETILCELULOSA 0,3% GOTAS OFTÁLMICA	20			
118	ATROPINA 1% GOTA OFTÁLMICA	1			
119	BETAMETASONA 0,05%/FENILEFRINA 0,1%/ LIDOCAINA 2,5% CREMA ANTIHEMORROIDAL	5			
120	BETAMETASONA 0,5%/ GENTAMICINA 0,1%/ MICONAZOL 1% CREMA	9			
121	BETAMETASONA 0,1% CREMA	10			

122	BETAMETASONA 0,5%/ GENTAMICINA 0,1%/ MICONAZOL 1% CREMA	9			
123	CIPROFLOXACINA 0,3% DEXAMETASONA 0,1% UNGÜENTO OFTÁLMICO	10			
124	CLOTRIMAZOL 1% CREMA	8			
125	DIFENHIDRAMINA 0,25% JARABE	2			
126	ERITROMICINA 0,5% UNGÜENTO 3,5 GR	9			
127	ERITROMICINA 0,5% UNGÜENTO MONODOSIS	200			
128	GENTAMICINA 0,1% CREMA	6			
129	MUPIROCINA 2% UNGÜENTO NASAL	3			
130	PERMETRINA 5% EMULSIÓN	2			
131	LORATADINA 10 MG CP	150			
132	SULFADIAZINA DE PLATA/ VITAMINA A/ LIDOCAINA CREMA 400 GR	20			
133	TOBRAMICINA 0,3%, DEXAMETASONA 0,1% GOTA OFTÁLMICA	5			
SISTEMA NERVIOSOS CENTRAL					
134	ALPRAZOLAM 1 MG CP	100			
135	CLONAZEPAM 0,5 MG CP	200			
136	CLONAZEPAM 2 MG CP	200			
137	CLORPROMAZINA 50 MG/ 5 ML AMP	100			
138	DEXMEDETOMIDINA 100 MCG/ 1 ML AMP	700			
139	DIAZEPAM 10 MG/2 ML AMP	100			
140	FLUMAZENIL 0,5 MG/ 5 ML AMP	50			
141	HALOPERIDOL 5 MG/ 1 ML AMP	200			
142	LORAZEPAM 2,5 MG CP	60			
143	LORAZEPAM 4 MG/ 1 ML AMP	400			

144	LEVOMEPROMAZINA 25 MG/ 1 ML AMP	30			
145	MIRTAZAPINA 30 MG CP	30			
146	MIDAZOLAM 15 MG/ 3 ML AMP	20000			
147	NALOXONA 0,4 MG/ 1 ML AMP	50			
148	PREGABALINA 75 MG CP RANURADOS	180			
149	QUETIAPINA 100 MG CP	200			
150	RISPERIDONA 1 MG CP	300			
APARATO GENITOURINARIO, HORMONAS Y ANTAGONISTAS					
151	ATOSIBAN 7,5 mg/ 1 ml 5 ml F.A	18			
TOTAL					

Condiciones de Contratación: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Contratación Directa 029/2020.

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

Los proveedores cotizantes, deberán enviar via correo electrónico la siguiente documentación:

- a) **PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO.** *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 encontrarse acreditado al efecto en la credencial a requerirse conforme Punto c) del presente.*
- b) **Garantía de la Oferta en Formato PDF** de conformidad a lo establecido en el punto 10 del presente Pliego. La misma deberá encontrarse disponible en formato original y en caso de resultar requerida por parte del HCAS deberá ser presentada en un plazo de 48 hs. La no presentación en términos del eventual requerimiento resultara causal de desestimación de oferta.
- c) **Credencial de proveedor del Hospital, del Registro de Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación;**
- d) **Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos** de la Provincia de Buenos Aires;

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. Entrega a requerimiento con disponibilidad Inmediata. Las entregas parciales deberán efectuarse hasta en un plazo máximo de 5 días hábiles a contar desde el momento del pedido de entrega formal por parte del HCAS.

VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS. En la totalidad de los productos a cotizarse, la fecha de vencimiento no podrá ser inferior a 18 meses contados a partir de la fecha de entrega efectiva. La falta de cumplimiento de lo establecido, será causal de devolución de la mercadería presentada. El Hospital tendrá opción de recibir la mercadería en caso de considerarlo necesario, aún no pudiendo haber sido cumplimentado este punto. El mismo se realizará bajo el compromiso de canje, por parte del proveedor, por igual producto de idéntica marca, cantidad de unidades y calidad. El proveedor deberá responsabilizarse a realizar el canje con la suficiente antelación sin que ello signifique erogación al hospital

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. La entrega de los insumos 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 .

CONDICION DE PAGO El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de **factura**. Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideraciones de las autoridades del HCAS

FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA

EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCECIONALES-EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCECIONALES

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	