



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 / 4

**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
CONTRATACION DIRECTA**

Número **132** Año **2020**

Ejercicio 2020

*Ref./ Adquisición de Productos Médicos Descartables y 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: **142-2020** Fecha **24/07/2020**

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 07 DE AGOSTO DE 2020 a las 12:00 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>PRODUCTOS MEDICOS DESCARTABLES</b>					
1	RESPIRADOR N95/ FFP2. PRESENTAR CERTIFICADOS	400			
2	CATETER 18G INTRAVENOSO	800			
3	CATETER 20G INTRAVENOSO	900			
4	CIRCUITO RESPIRATORIO PARA ADULTO DE DOBLE RAMAL CON COLECTOR DE AGUA ESPIRATORIA Y LÍNEA DE PRESIÓN, CALEFACCIONADO.	20			
5	CANULA NASAL DE ALTO FLUJO TAMAÑO ADULTO CON SISTEMA DE FIJACIÓN Y AJUSTE DE VELCRO, DE TAMAÑO LARGE.	20			
6	CATETER UMBILICAL 2,5 FR SIMPLE LUMEN	10			
7	CUBRE CAMILLA DESCARTABLE	200			
8	SET PARA HEMODIÁLISIS 12 FR 2 LUMEN 20 CM	20			
9	TUBO ENDOTRAQUEAL ESPIRALADO Nº8 CON BALON	10			
<b>MEDICAMENTOS</b>					
10	ATRACURIO 50 MG / 5 ML AMP	600			
11	ÁCIDO TRANEXÁMICO 500 MG AMP	30			

12	ALIMENTACION PARENTERAL TRES EN UNO, PARA ADULTOS CON SMOF	24			
13	AMPICILINA 1 GR F.A	250			
14	AMPICILINA/ SULBACTAM 1,5 GR F.A	400			
15	CLARITROMICINA 500 MG CP	500			
16	CLARITROMICINA 500 MG F.A	200			
17	CLORURADO HIPERTÓNICO 2000 MG/10 ML( 20%) AMP	200			
18	CLOTRIMAZOL 1% CREMA	3			
19	CLINDAMICINA 300 MG CP	200			
20	COMPLEJO PROTROMBÍNICO HUMANO 500 UI F.A	3			
21	DOPAMINA 200 MG / 5 ML AMP	100			
22	ENALAPRIL 10 MG CP	300			
23	ERITROMICINA 0,5% UNGÜENTO MONODOSIS	80			
24	ENOXAPARINA 0,4 MG JERINGA	200			
25	ENOXAPARINA 0,6 MG JERINGA	200			
26	ENOXAPARINA 0,8 MG JERINGA	150			
27	ERITROPOYETINA 4000 U.I.	20			
28	ETILEFRINA 10 MG/ 1 ML AMP	200			
29	FORMOL 40% LITRO	6			
30	FUROSEMIDA 40 MG CP	100			
31	FLOROGLUCINOL 31,20 MG- TRIMETOXIBENCENO 0,04 MG/ 3 ML AMP	40			
32	HEPARINA SÓDICA 25000 UI/ 5 ML F.A	240			
33	HIOSCINA 20 MG/ 1 ML AMP	300			
34	ISOXSUPRINA 10 MG/2 ML AMP	200			
35	LABETALOL 20 MG / 4 ML AMP	300			
36	LEVOFLOXACINA 500 MG CP	42			
37	LORATADINA 10 MG CP	100			
38	LORAZEPAM 2,5 MG CP	90			
39	METOCLOPRAMIDA 10 MG AMP	400			

40	NORADRENALINA 4 MG/ 4 ML AMP	900			
41	OMEPRAZOL 40 MG F.A	200			
42	OXITOCINA 10 U.I/ 1 ML AMP	400			
43	PANCURONIO 4 MG /2 ML AMP	600			
44	PIRIMETAMINA 25 MG CP	100			
45	SIMETICONA 200 MG CP	60			
46	SUCCINILCOLINA 100 MG /2 ML AMP	100			
47	SULFADIAZINA 500 MG CP	100			
48	SULFATO FERROSO 200 MG CP	400			
49	TRIMETOPRIMA/SULFAMETOXAZOL( COTRIMOXAZOL) 80-400 MG/ 5 ML AMP	200			
50	VASELINA LÍQUIDA 250 ML	50			
51	VITAMINA B1, B6 Y B12 EN AMPOLLA	9			
52	VITAMINA K 1 MG/ 0,5 ML AMP	200			
53	VECURONIO 10 MG F.A	100			
<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 Pliego de Condiciones Particulares y del Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en [www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones](http://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.

<b>FIRMA</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	
<b>CARGO</b>	
<b>Nº D.N.I.</b>	
<b>LUGAR Y FECHA</b>	