



**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)

**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
CONTRATACION DIRECTA**

Número **155** Año **2023**

Ejercicio 2024

Ref./ Servicio de Provisión de Nutrición Parenteral para este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC-

Pedido de Provisión: 322/2022 Fecha 28/12/2023

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el JUEVES 18 DE ENERO DE 2024 a las 10:00 horas**  
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.

**PROVISION DE NUTRICIÓN PARENTERAL HCANK**

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	NUTRICION PARENTERAL PARA NEONATOS. SERVICIO EXTERNO PARA PACIENTES QUE REQUIEREN APOORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL DE 150 ML. BICOMPARTIMENTADA. COMPOSICIÓN AMINOÁCIDOS Y DEXTROSA. CON ESTABILIDAD DE 60 DÍAS. SIN REQUERIMIENTO DE CADENA DE FRÍO.	1		SEGÚN CONSUMO CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 180 DIAS 90 UNIDADES
2	NUTRICION PARENTERAL PARA NEONATOS. SERVICIO EXTERNO PARA PACIENTES QUE REQUIEREN APOORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL DE 0 ML A 250 ML. LA COMPOSICIÓN DE LAS FÓRMULAS ES VARIABLE SEGÚN REQUERIMIENTO MÉDICO INDIVIDUAL PARA EL PACIENTE EN FUNCIÓN DE SU PATOLOGÍA, PUDIENDO MODIFICARSE LA CONCENTRACIÓN Y COMPOSICIÓN DE MACRONUTRIENTES, OLIGOELEMENTOS Y VITAMINAS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN UN TODO DE ACUERDO CON EVALUACIONES DE ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDAD FARMACÉUTICA. INCLUYE FILTROS.	1		SEGÚN CONSUMO CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 180 DIAS 300 UNIDADES
3	NUTRICION PARENTERAL PARA NEONATOS. SERVICIO EXTERNO PARA PACIENTES QUE REQUIEREN APOORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL DE 251 ML A 500 ML. LA COMPOSICIÓN DE LAS FÓRMULAS ES VARIABLE SEGÚN REQUERIMIENTO MÉDICO INDIVIDUAL PARA EL PACIENTE EN FUNCIÓN DE SU PATOLOGÍA, PUDIENDO MODIFICARSE LA CONCENTRACIÓN Y COMPOSICIÓN DE MACRONUTRIENTES, OLIGOELEMENTOS Y VITAMINAS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN UN TODO DE ACUERDO CON EVALUACIONES DE ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDAD FARMACÉUTICA. INCLUYE FILTROS.	1		SEGÚN CONSUMO CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 180 DIAS 90 UNIDADES
4	NUTRICION PARENTERAL. SERVICIO EXTERNO PARA PACIENTES QUE REQUIEREN APOORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL DE 501 ML A 1000ML. LA COMPOSICIÓN DE LAS FÓRMULAS ES VARIABLE SEGÚN REQUERIMIENTO MÉDICO INDIVIDUAL PARA EL PACIENTE EN FUNCIÓN DE SU PATOLOGÍA, PUDIENDO MODIFICARSE LA CONCENTRACIÓN Y COMPOSICIÓN DE MACRONUTRIENTES, OLIGOELEMENTOS Y VITAMINAS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN UN TODO DE ACUERDO CON EVALUACIONES DE ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDAD FARMACÉUTICA. INCLUYE FILTROS	1		SEGÚN CONSUMO CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 180 DIAS 60 UNIDADES
5	NUTRICION PARENTERAL. SERVICIO EXTERNO PARA PACIENTES QUE REQUIEREN APOORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL DE 1001 ML A 2000 ML. LA COMPOSICIÓN DE LAS FÓRMULAS ES VARIABLE			SEGÚN CONSUMO

	SEGÚN REQUERIMIENTO MÉDICO INDIVIDUAL PARA EL PACIENTE EN FUNCIÓN DE SU PATOLOGÍA, PUDIENDO MODIFICARSE LA CONCENTRACIÓN Y COMPOSICIÓN DE MACRONUTRIENTES, OLIGOELEMENTOS Y VITAMINAS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN UN TODO DE ACUERDO CON EVALUACIONES DE ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDAD FARMACÉUTICA. INCLUYE FILTROS.			CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 180 DIAS <b>70 UNIDADES</b>
6	<b>NUTRICION PARENTERAL. SERVICIO EXTERNO PARA PACIENTES QUE REQUIEREN APORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL DE 2001 ML A 3000 ML.</b> LA COMPOSICIÓN DE LAS FÓRMULAS ES VARIABLE SEGÚN REQUERIMIENTO MÉDICO INDIVIDUAL PARA EL PACIENTE EN FUNCIÓN DE SU PATOLOGÍA, PUDIENDO MODIFICARSE LA CONCENTRACIÓN Y COMPOSICIÓN DE MACRONUTRIENTES, OLIGOELEMENTOS Y VITAMINAS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN UN TODO DE ACUERDO CON EVALUACIONES DE ESTABILIDAD Y COMPATIBILIDAD FARMACÉUTICA. INCLUYE FILTROS.	1		<b>SEGÚN CONSUMO</b> CANTIDAD ESTIMADA PERIODO 180 DIAS <b>110 UNIDADES</b>
<b>TOTAL</b>				<b>SEGÚN CONSUMO</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/](http://www.hospitalcuencaalta.org.ar/)

Además, la presentación de Oferta implicara la **DECLARACIÓN POR PARTE DEL OFERENTE QUE EL MISMO NO HA SIDO DEMANDADO POR LA NACIÓN Y/O LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES O SUS ENTIDADES DESCENTRALIZADAS POR CAUSAS FISCALES O CONTRACTUALES**, y de **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

**OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL** Los proveedores cotizantes, deberán enviar vía correo electrónico la siguiente documentación:

- a) **EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada,**
- b) **CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, DEL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES O DE LA NACIÓN.**
- c) **PROPUESTA DEL SERVICIO QUE PROCURA PRESTARSE.**

**PLAZO MANTENIMIENTO OFERTA.** Los oferentes deberán mantener las ofertas por el plazo mínimo de 30 días hábiles contados a partir de la fecha del acto de apertura, prorrogables automáticamente por igual periodo excepto manifestación expresa en contrario por parte del oferente con una antelación mínima de diez (10) días hábiles al vencimiento del plazo que está cursando.

**PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. PRORROGA. AJUSTE DE PRECIO.**

La Prestación del Servicio resultará por el termino comprendido con anterioridad a los 5 (cinco) días de recibida la Orden de Compra y por el periodo de 180 (Ciento Ochenta) días, con opción de prorroga a cuenta y orden de este HCANK y aceptación expresa por parte del adjudicatario. La no aceptación de la ampliación por el adjudicatario, no le generará ningún tipo de responsabilidad ni será pasible de ningún tipo de penalidad o sanción. En tal sentido y en el caso que la adjudicataria manifieste la aceptación de la ampliación pretendida por la Institución supeditado al reajuste de las condiciones contractuales motivado en el acontecimiento de algún hecho significativo que durante el transcurso del vínculo contractual pudiera implicar la rotura de la ecuación económica financiera del contrato, la firma adjudicada podrá plantearlo mediante petición formal y fundada para su consideración por parte de las autoridades del HCAS, quienes evaluarán la validez y justificación de la petición, y el posible reconocimiento compensatorio en caso de corresponder.

**ENTREGA DEL SERVICIO:** La entrega procederá a **REQUERIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y/O FARMACIA** del HCANK, dentro del día calendario y en un plazo máximo de 12 horas desde la solicitud.

**PENALIDADES: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:** Por NO EFECTUAR LA ENTREGA en los plazos referidos, cualquiera fuera la causa, se establecerá la penalización del CINCO POR CIENTO (5%) sobre el total de los insumos requeridos por cada Hora de demora en término a los renglones no entregados. En caso de reiterados incumplimientos conforme los plazos establecidos, la sanción será la inmediata rescisión del contrato según consideración del HCAS.

**PAGO:** se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura según consumo. 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.**

**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>	