



## 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 LICITACION PUBLICA

Número **001** Año **2024**

Ejercicio 2024

Ref./ Adquisición de Medicamentos Varios para el Servicio de Farmacia de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: 006-2024 Fecha 08/01/2024

**FECHA DE APERTURA: VIERNES 09 DE FEBRERO DE 2024 A LAS 10:00 HORAS**

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

**VALOR DEL PLIEGO \$ 3.500,00**

**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.

### MEDICAMENTOS VARIOS HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

RG	REFERENCIA	CANTIDAD	MARCA COTIZADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	DUTASTERIDE 0,5 MG COMPRIMIDO	300			
2	CICLOSPORINA 25 MG CÁPSULA	180			
3	CICLOSPORINA 50 MG CÁPSULA	180			
4	CICLOSPORINA 100 MG CÁPSULA	180			
5	CICLOSPORINA 100 MG/ML SOLUCIÓN ORAL	2			
6	SOLIFENACINA 5 MG COMPRIMIDO	300			
7	IBUPROFENO 600 MG/100 ML PARA PERFUSIÓN ENDOVENOSA	100			
8	METOTREXATO 10 MG COMPRIMIDO	180			
9	MIDODRINE 2,5 MG COMPRIMIDO	60			
10	PRASUGREL 10 MG COMPRIMIDO	240			
11	TIROFIBAN 0,25 MG/ML	16			
12	GATIFLOXACINA 0,5% SOLUCIÓN OFTÁLMICA	30			
13	MOXIFLOXACINA 0,5 % SOLUCIÓN OFTÁLMICA	30			
14	PARCHES DE NICOTINA 21 MG/DIA. 30 CM2	8000			

15	PARCHES DE NICOTINA 14 MG/DIA. 20 CM2	7200			
16	PARCHES DE NICOTINA 7 MG/DIA. 10 CM2	3200			
17	CHICLES DE NICOTINA 2 MG	7200			
18	CHICLES DE NICOTINA 4 MG	2640			
19	CARAMELOS DE NICOTINA 1 MG	4000			
20	CARAMELOS DE NICOTINA 2 MG	4000			
21	CIPROFLOXACINA 5% GRANULADO PARA SUSPENSIÓN ORAL	10			
22	ROCURONIO 50 MG/5 ML	700			
23	FLUCONAZOL 200 MG/5ML SUSPENSIÓN ORAL	8			
24	OMEPRAZOL 200 MG/100 ML POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL	350			
25	ROPIVACAINA 10 MG/ML AMPOLLA	600			
26	ROPIVACAINA 2 MG/ML AMPOLLA	600			
27	LEVOMEPRIMAZINA 2 MG COMPRIMIDOS	4800			
28	FAMOTIDINA 20 MG COMPRIMIDO	4800			
29	LINEZOLID 600 MG COMPRIMIDO	240			
30	SUGAMMADEX 200 MG/2ML AMPOLLA	160			
31	CLORHEXIDINA 1% EN BASE ACUOSA TIPO POVITOL	80			
<b>TOTAL EN LETRAS:</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 implicará 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.

**CONDICIONES DE CONTRATACIÓN:** Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Pública 001/2024.

**OBTENCION DEL PLIEGO DE CONDICIONES PARTICULARES.-.** Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la Oficina de Compras y Contrataciones del Hospital, con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, previa acreditación del depósito de

la suma establecida de **Pesos Tres Mil Quinientos (\$3.500,00)** en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290, Avda. Libertad 698 de la Localidad de Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires. La Obtención del Pliego podrá resultar previa acreditación del valor establecido de manera presencial en la referida Oficina de Compras y Contrataciones en la sede del HCANK.

**FORMA DE COTIZAR.** La presentación de ofertas podrá resultar por parte o por la totalidad de renglones. Las marcas que pudieran resultar referidas son al solo efecto de ejemplificar las cualidades del insumo solicitado.

**MUESTRAS.** En caso de requerirse y a solicitud de la Comisión de Preadjudicación se deberán presentar muestras de los insumos cotizados a efectos de apreciar la calidad de los mismos y efectuar ensayos, para lo cual la repartición se reserva el derecho de hacerle los análisis que considere convenientes y de solicitar al oferente, si fuera necesario, mayor cantidad de la misma. Las muestras deberán presentarse en el Área de Compras, dentro de las 48 horas de efectuada la solicitud de las mismas. La no presentación de la muestra en el plazo estipulado, implicara el descarte de la propuesta.

**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.

**PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA:** la ENTREGA procederá A REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD 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 de lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas, previa coordinación de entrega con 48 horas de antelación con la Comisión de Recepción de este Hospital, al teléfono 011-5273-4700; [comisionderecepcion@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto:comisionderecepcion@hospitalcuencaalta.org.ar) Se podrán considerar propuestas con formas de entrega y plazos diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS. Toda recepción de bienes y efectos debe realizarse obligatoriamente en días hábiles, entre las Ocho (8) y las DIECISEIS (16) horas, implicando falta grave el apartamiento de la presente prescripción y responsabilidad del agente que incurra en la misma. No se permitirán entregas fuera de los referidos días y horarios establecidos a tal fin, salvo pedido expreso del proveedor y consecuente autorización por parte de las autoridades del HCANK.

Hágase constar que es requisito para la recepción de los insumos **LA PRESENTACION DEL REMITO ORIGINAL** al momento de la entrega de los mismos.

**PENALIDADES: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO.** Por **NO EFECTUAR LA ENTREGA/PRESTACION** en los plazos convenidos, cualquiera fuera la causa, se establecerá la penalización del **UNO POR CIENTO (1%) de la facturación total por cada día de demora.** En caso de una demora de más de 10 Días conforme el plazo establecido, la sanción será la inmediata rescisión del contrato.

**FORMA DE FACTURACION Y CONDICION DE PAGO:** la Facturación se deberá efectuar de acuerdo a Orden de Compra y según INSUMOS requeridos y entregados. El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. El plazo comenzará a contarse a partir del día siguiente a la presentación de la factura. El término fijado se interrumpirá si existieran observaciones sobre la documentación pertinente u otros trámites a cumplir imputables al proveedor. **Se podrán considerar propuestas formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.**

**FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA.**

**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>	