


**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
**PEDIDO DE COTIZACIÓN
LICITACION PUBLICA**

 Número **006** Año **2025**

Ejercicio 2025

Ref./ Adquisición de Insumos Varios Servicio de Nutrición de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

 Pedido de Provisión: **015-2025** Fecha **11/02/2025**
FECHA DE APERTURA: JUEVES 20 DE MARZO DE 2025 A LAS 10:00 HORAS

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

VALOR DEL PLIEGO \$ 30.000,00

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.

INSUMOS SERVICIO NUTRICION HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

| RG | REFERENCIA | CANTIDAD ESTIMADA | MARCA COTIZADA | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|----|--|-------------------|----------------|-----------------|--------------|
| 1 | FORTIFICADOR DE LECHE HUMANA PARA LACTANTES PREMATUROS CON REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES ESPECÍFICOS. 1 G UNIDAD | 500 | | | |
| 2 | FÓRMULA INFANTIL PARA PREMATURO LÍQUIDA PARA LACTANTES PREMATUROS Y/O BAJO PESO AL NACER. 70 ML UNIDAD | 5712 | | | |
| 3 | LECHE DE FÓRMULA DE INICIO LÍQUIDA PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES DE EDAD. 200 ML UNIDAD | 2520 | | | |
| 4 | LECHE DE FÓRMULA DE INICIO EN POLVO PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES DE EDAD. 800 G UNIDAD | 95 | | | |
| 5 | LECHE DE FÓRMULA DE CONTINUACIÓN LÍQUIDA PARA LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD. 200 ML UNIDAD | 504 | | | |
| 6 | LECHE DE FÓRMULA DE CONTINUACIÓN EN POLVO PARA LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD. 800 G UNIDAD | 131 | | | |
| 7 | FÓRMULA INFANTIL EN POLVO CON PROTEÍNAS EXTENSAMENTE HIDROLIZADAS PARA LACTANTES CON INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS O ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA. 400 G UNIDAD | 87 | | | |
| 8 | FÓRMULA INFANTIL EN POLVO ANTIREFLUJO PARA LACTANTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO O REGURGITACIÓN. 400 G UNIDAD | 11 | | | |

| | | | | | |
|----|---|------|--|--|--|
| 9 | FÓRMULA INFANTIL CON PROTEÍNA PARCIALMENTE HIDROLIZADA, SIN LACTOSA, SIN SACAROSA, SIN TACC, CON 50% DE TRIGLICÉRIDOS DE CADENA MEDIA. PARA LACTANTES Y NIÑOS DE LA PRIMERA INFANCIA CON INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS. 400 G UNIDAD | 23 | | | |
| 10 | FÓRMULA INFANTIL CON ALTO APORTE DE PROTEÍNAS, CON 100% MALTODEXTRINA, ELEVADO APORTE DE VITAMINAS Y MINERALES. SIN LACTOSA. SIN SACAROSA. SIN TACC. PARA LACTANTES Y NIÑOS DE LA PRIMERA INFANCIA CON REQUERIMIENTO PROTEICO ELEVADO E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS. 350G UNIDAD | 27 | | | |
| 11 | FÓRMULA INFANTIL HIPERCALÓRICA. CON HIERRO LÍQUIDA. PARA LACTANTES DE 0 A 18 MESES CON REQUERIMIENTO ENERGÉTICO ELEVADO. 125 ML UNIDAD | 576 | | | |
| 12 | FÓRMULA ENTERAL HIPERCALÓRICA CON FIBRA PARA PACIENTE PEDIÁTRICO QUE PRESENTA DESNUTRICIÓN O TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN O ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS. 500ML UNIDAD | 480 | | | |
| 13 | SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL PEDIÁTRICO LÍQUIDO HIPERCALÓRICO, NORMOPROTEICAS CON FIBRA PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DESNUTRICIÓN, INCREMENTO DE LAS NECESIDADES O PÉRDIDA DE APETITO, TRASTORNO DEL TRÁNSITO INTESTINAL. 125 ML UNIDAD | 240 | | | |
| 14 | FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda ESTÁNDAR. PARA PACIENTES QUE POR ALGÚN MOTIVO NO LOGRAN CUBRIR SUS REQUERIMIENTOS A TRAVÉS DE LA INGESTA ORAL. 1000 ML UNIDAD | 1688 | | | |
| 15 | FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda PARA PACIENTES CON DIABETES. PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2 O CON HIPERGLUCEMIAS DEBIDO AL ESTRÉS METABÓLICO. 1000 ML UNIDAD | 864 | | | |
| 16 | FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda HIPERPROTEICA PARA PACIENTE CRÍTICO PACIENTE CRÍTICO. PACIENTE POST OPERATORIO. 500 ML UNIDAD | 2000 | | | |
| 17 | FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda CON ALTA DENSIDAD ENERGÉTICA. PARA PACIENTES CON NECESIDADES | 192 | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|--|------|--|--|--|
| | ENERGÉTICAS ELEVADAS Y RESTRICCIÓN HÍDRICA. 1000 ML UNIDAD | | | | |
| 18 | SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL HIPERCALÓRICO, HIPERPROTEICO PARA PACIENTES CON REQUERIMIENTOS AUMENTADOS QUE NO LOGRAN CUBRIRLO CON LA DIETA HABITUAL. 125 ML UNIDAD | 1608 | | | |
| 19 | SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL HIPERCALÓRICO E HIPERPROTEICO. PARA PACIENTES CON DIABETES ALIMENTO BEBIBLE PARA PROPÓSITOS MÉDICOS ESPECÍFICOS, NUTRICIONALMENTE COMPLETO. PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2, E HIPERGLUCEMIAS POR ESTRÉS METABÓLICO. 200 ML UNIDAD | 504 | | | |
| 20 | SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL EN POLVO HIPERCALÓRICO E HIPERPROTEICO, SABOR NEUTRO. PARA PACIENTES CON REQUERIMIENTOS AUMENTADOS QUE NO LOGRAN CUBRIRLO CON LA DIETA HABITUAL. 350 G UNIDAD | 40 | | | |
| 21 | SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL EN POLVO PARA PACIENTES CON DIABETES. ALIMENTO PARA PROPÓSITOS MÉDICOS ESPECÍFICOS EN POLVO, NUTRICIONALMENTE COMPLETO. PARA PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 Y 2, E HIPERGLUCEMIAS POR ESTRÉS METABÓLICO. 350 G UNIDAD | 2 | | | |
| 22 | MODULO PROTEICO DE ALTO VALOR BIOLÓGICO EN POLVO, SABOR NEUTRO. PARA PACIENTES CON REQUERIMIENTOS PROTEICOS AUMENTADOS QUE NO LOGRAN CUBRIRLO CON LA DIETA HABITUAL. 250 G UNIDAD | 30 | | | |
| 23 | ESPESANTE INSTANTÁNEO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, FRÍAS O CALIENTES SABOR NEUTRO. A BASE DE GOMAS XANTANA Y GUAR PARA PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN. 175G UNIDAD | 31 | | | |
| 24 | MODULO NUTRICIONAL A BASE DE TRIGLICÉRIDOS DE CADENA MEDIA. PACIENTES CON TRASTORNOS EN LA DIGESTION, ABSORCION Y TRANSPORTE DE LÍPIDOS. 500 ML UNIDAD | 3 | | | |
| 25 | MÓDULO DE FIBRA SOLUBLE. A BASE DE GOMA GUAR E INULINA. 260 G UNIDAD. | 8 | | | |
| TOTAL EN LETRAS: _____ | | | | | |

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

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.

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Publica 006/2025.

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 Treinta Mil (\$30.000,00)** 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 DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. PRORROGA. CANTIDADES ESTIMADAS. La entrega de los insumos deberá efectuarse a requerimiento con disponibilidad inmediata, por el periodo comprendido desde la recepción de la Orden de Compra y por el plazo de 90 días corridos, con opción a Prorroga del Servicio por hasta igual periodo, a cuenta, orden y consideración del Hospital, salvo renuncia expresa por parte del proveedor con 10 días de anterioridad al vencimiento del plazo originario. La no aceptación de la prórroga 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 prórroga 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.

Las cantidades totales por renglón consignadas resultan únicamente a modo estimativo, en consecuencia, durante la vigencia del periodo prestacional establecido, los requerimientos de entrega efectuados por el HCANK serán realizados conforme las necesidades efectivas de la Institución y a exclusivo juicio de este Hospital, pudiendo resultar en una superación o disminución de dichas cantidades.

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 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.

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 EXCEPCIONALES.

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 | |