


**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 **017** Año **2024**

Ejercicio 2024

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

Pedido de Provisión: **042-2024** Fecha **05/04/2024**

FECHA DE APERTURA: VIERNES 10 DE MAYO DE 2024 A LAS 11:00 HORAS

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

VALOR DEL PLIEGO \$ 9.500,00

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.

INSUMOS PARA CONSTITUCION DE BANCO HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

RG	REFERENCIA	CANTIDAD	MARCA COTIZADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	FORTIFICADOR DE LECHE HUMANA. PARA LACTANTES PREMATUROS CON REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES ESPECIFICOS. Caja por 50 sobres de 1 G UNIDAD	27			
2	LECHE DE FORMULA DE INICIO LIQUIDA. PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES DE EDAD. 200 ML UNIDAD	2352			
3	LECHE DE FORMULA DE INICIO EN POLVO PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES DE EDAD 400 G UNIDAD	70			
4	LECHE DE FORMULA PARA PREMATURO LIQUIDA. PARA LACTANTES PREMATUROS Y/O BAJO PESO AL NACER. 70 ML UNIDAD	4368			
5	LECHE DE FORMULA EN POLVO CON PROTEINAS EXTENSAMENTE HIDROLIZADAS. PARA LACTANTES CON INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS O ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA. 400 G UNIDAD	40			
6	LECHE DE FORMULA EN POLVO ANTIRREFLUJO. PARA LACTANTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO O REGURGITACION. 400 G UNIDAD	16			
7	LECHE DE FORMULA DE CONTINUACION LIQUIDA. PARA LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD. 200 ML UNIDAD	528			

8	LECHE DE FORMULA DE CONTINUACION en polvo. PARA LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD. lata 800 g	16			
9	LECHE DE FÓRMULA 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.	8			
10	LECHE DE FÓRMULA SIN LACTOSA SIN SACAROSA SIN TACC. CON MALTODEXTRINA Y ELEVADO APORTE ELEVADO DE PROTEÍNAS EN POLVO PARA LACTANTES Y NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD. LATA POR 350G.	40			
11	LECHE DE FÓRMULA HIPERCALÓRICA. CON HIERRO. PARA LACTANTES DE 0 A 18 MESES CON REQUERIMIENTO ENERGÉTICO ELEVADO. 400G UNIDAD	10			
12	FORMULA NORMOCALORICA NORMOPROTEICA PARA PACIENTE PEDIATRICO. QUE PRESENTA DESNUTRICION O TRASTORNO DE LA DEGLUCION O ENFERMEDADES NEUROLOGICAS. 500ML UNIDAD	405			
13	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL PEDIATRICO LIQUIDO HIPERCALORICO, NORMOPROTEICO SIN FIBRA. PACIENTES PEDIATRICOS CON DESNUTRICION, INCREMENTO DE LAS NECESIDADES O PERDIDA DE APETITO. 200ML UNIDAD	240			
14	FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda ESTANDAR. PARA PACIENTES QUE POR ALGUN MOTIVO NO LOGRAN CUBRIR SUS REQUERIMIENTOS A TRAVES DE LA INGESTA ORAL. 1000 ML UNIDAD	2328			
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 ESTRES METABOLICO. 1000 ML UNIDAD	784			
16	FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda HIPERPROTEICA. PARA PACIENTE CRITICO. PACIENTE POST OPERATORIO. 500 ML UNIDAD	3516			
17	FÓRMULA ENTERAL LÍQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda HIPERPROTEICA, NORMOCALÓRICA,	16			

	OLIGOMÉRICA. PARA PACIENTE CRÍTICO CON ALTO REQUERIMIENTO PROTEICO CON DETERIORI GASTROINTESTINAL 1000ML UNIDAD.				
18	FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR SONDA CON ALTA DENSIDAD ENERGETICA. PARA PACIENTES CON NECESIDADES ENERGETICAS ELEVADAS Y RESTRICION HIDRICA. 1000 ML UNIDAD	400			
19	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL HIPERCALORICO. PACIENTES DESNUTRIDOS, CON INCREMENTO DE LAS NECESIDADES CALORICO PROTEICAS, CON RESTRICCION DE LIQUIDOS Y PERDIDA DE APETITO. 200ML UNIDAD	1224			
20	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL HIPERCALORICO E HIPERPROTEICO. PARA PACIENTES CON DIABETES. ALIMENTO BEBIBLE PARA PROPOSITOS MEDICOS ESPECIFICOS, NUTRICIONALMENTE COMPLETO.PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2, E HIPERGLUCEMIAS POR ESTRES METABOLICO. 200 ML UNIDAD	792			
21	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL EN POLVO HIPERCALORICO E HIPERPROTEICO, SABOR NEUTRO. PARA PACIENTES CON REQUERIMIENTOS AUMENTADOS QUE NO LOGRAN CUBRIRLO CON LA DIETA HABITUAL. 350 G UNIDAD	40			
22	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL EN POLVO PARA PACIENTES CON DIABETES. ALIMENTO PARA PROPOSITOS MEDICOS ESPECIFICOS EN POLVO, NUTRICIONALMENTE COMPLETO. PARA PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 Y 2, E HIPERGLUCEMIAS POR ESTRES METABOLICO. 350 G UNIDAD	24			
23	MODULO PROTEICO DE ALTO VALOR BIOLOGICO EN POLVO, SABOR NEUTRO. PARA PACIENTES CON REQUERIMIENTOS PROTEICOS AUMENTADOS QUE NO LOGRAN CUBRIRLO CON LA DIETA HABITUAL. 250 G UNIDAD	24			
24	MODULO NUTRICIONAL A BASE DE TRIGLICERIDOS DE CADENA MEDIA. PACIENTES CON TRASTORNOS EN LA DIGESTION, ABSORCION Y TRANSPORTE DE LIPIDOS. 500 ML UNIDAD	8			
25	ESPELANTE INSTANTANEO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, FRIAS O CALIENTES SABOR	20			

	NEUTRO. A BASE DE GOMAS. PARA PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA DEGLUCION. 125 G UNIDAD				
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 017/2024.

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 Nueve Mil Quinientos (\$9.500,00)** 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 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 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	