



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 **060** Año **2025**

Ejercicio 2025-2026

Ref./ Adquisición de Insumos varios ara el Servicio de Farmacia de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: **103-2025** Fecha **25/06/2025**

FECHA DE APERTURA: MIÉRCOLES 30 DE JULIO DE 2025 – 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.

PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS VARIOS – HOSPITAL CUENCA ALTA NESTOR KIRCHNER SAMIC

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA PERIODO	MARCA / ARTICULO KAIROS	PRECIO UNITARIO CATALOGO KAIROS	DESCUENTO SOBRE CATALOGO KAIROS %	PRECIO UNITARIO RG COTIZACION PROPUESTA	PRECIO TOTAL RG COTIZACION PROPUESTA
MEDICAMENTOS GENERALES							
APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO							
1.1	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG COMPRIMIDO	1200					
1.2	ATROPINA 1 MG / 1 ML AMPOLLA	3000					
1.3	BISACODILO 5 MG COMPRIMIDO	6000					
1.4	BUDESONIDE 0,1% GOTAS PARA NEBULIZAR	120					

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA MENSUAL	MARCA / ARTICULO KAIROS	PRECIO UNITARIO CATALOGO KAIROS	DESCUENT O SOBRE CATALOGO KAIROS %	PRECIO UNITARIO RG COTIZACION PROPUESTA	PRECIO TOTAL RG COTIZACION PROPUESTA
1.5	BUDESONIDE 200 MCG. AEROSOL	1200					
1.6	CALCITRIOL 0,25 MCG CÁPSULA	600					
1.7	CALCITRIOL 1 MCG/ML AMPOLLA	120					
1.8	CARBONATO DE CALCIO 1250 MG COMPRIMIDO	2400					
1.9	CITRATO DE MAGNESIO 530 MG COMPRIMIDO	120					
1.10	CLORHEXIDINA 0,12% COLUTORIO ORAL	1200					
1.11	CLORURO DE POTASIO 600 MG CÁPSULA	2400					
1.12	COMPLEJO VITAMÍNICO B1/B2/B5/B6/PP EN AMPOLLA (TIPO BECOZYM)2 ML	360					
1.13	COMPLEJO VITAMÍNICO B1/B3/B6/B12 EN COMPRIMIDO (TIPO BECOZYM): TIAMINA 50 MG/ NICOTINAMIDA 40 MG/ PIRIDOXINA 20 MG/ CIANOCOBALAMINA 0,1 MG	240					
1.14	COMPLEJO VITAMÍNICO B1/B6/B12 EN AMPOLLA (TIPO BAGO): TIAMINA 100 MG/PIRIDOXINA 200 MG/HIDROXICOBALAMINA 10 MG	120					
1.15	COMPLEJO VITAMÍNICO B1/B6/B12 EN COMPRIMIDO (TIPO BAGO): TIAMINA 125 MG/ PIRIDOXINA 140 MG/ CIANOCOBALAMINA 5 MG	1200					
1.16	CREMA DE BISMUTO 3% 90 ML SUSPENSIÓN	240					
1.17	DOMPERIDONA 1% FRASCO GOTERO	72					

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA MENSUAL	MARCA / ARTICULO KAIROS	PRECIO UNITARIO CATALOGO KAIROS	DESCUENT O SOBRE CATALOGO KAIROS %	PRECIO UNITARIO RG COTIZACION PROPUESTA	PRECIO TOTAL RG COTIZACION PROPUESTA
1.18	ERGOCALCIFEROL 0,164% FRASCO GOTERO	12					
1.19	FAMOTIDINA 20 MG COMPRIMIDO	360					
1.20	FLOROGLUCINOL 31,20 MG- TRIMETOXIBENCENO 0,04 MG/ 3 ML AMPOLLA	240					
1.21	FOSFATO MONOSÓDICO/ SODIO 18/ 8 GR ENEMA 135 ML	480					
1.22	FOSFATO MONOSÓDICO/DISÓDICO 48/18 % SOLUCIÓN ORAL	480					
1.23	GLIBENCLAMIDA 5 MG COMPRIMIDO	120					
1.24	GLUCONATO DE POTASIO 31,2% ELIXIR (1560 MG/5 ML)	240					
1.25	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO 30%- 13% SUSPENSIÓN	60					
1.26	HIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO	600					
1.27	HIOSCINA 20 MG/1 ML AMPOLLA	7200					
1.28	INSULINA HUMANA CORRIENTE/REGULAR 1000 UI/10 ML F.A.	240					
1.29	INSULINA NPH 1000 UI/10 ML F.A.	120					
1.30	LACTULOSA 65% SUSPENSIÓN (3250 MG/5ML)	600					
1.31	LOPERAMIDA 2 MG COMPRIMIDO	3600					
1.32	METFORMINA 500 MG COMPRIMIDO	600					

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA MENSUAL	MARCA / ARTICULO KAIROS	PRECIO UNITARIO CATALOGO KAIROS	DESCUENT O SOBRE CATALOGO KAIROS %	PRECIO UNITARIO RG COTIZACION PROPUESTA	PRECIO TOTAL RG COTIZACION PROPUESTA
1.33	METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO	240					
1.34	METOCLOPRAMIDA 0,5% GOTAS ORALES	120					
1.35	METOCLOPRAMIDA 10 MG COMPRIMIDO	1800					
1.36	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML AMPOLLA	31200					
1.37	NEOMICINA 15 MG COMPRIMIDO	60					
1.38	NISTATINA 100000 U.I/ 1 ML SUSPENSIÓN	120					
1.39	OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA	21600					
1.40	OMEPRAZOL 200 MG/100 ML POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL	840					
1.41	OMEPRAZOL 40 MG F.A.	7200					
1.42	ONDANSETRON 8 MG/4 ML AMPOLLA	2400					
1.43	PANCREATINA 150 MG COMPRIMIDO	1200					
1.44	POLIETILENGLICOL MÁS ELECTROLITOS ASOCIADOS. BIDÓN POR 4 LITROS PEG 3350 + ASOC X 4 LITROS	120					
1.45	RANITIDINA 50 MG/5 ML AMPOLLA	15600					
1.46	RIFAXIMINA 200 MG COMPRIMIDO	600					
1.47	SALES PARA REHIDRATAcion ORAL SOBRE	120					
1.48	SIMETICONA 200 MG COMPRIMIDO	1200					
1.49	SIMETICONA 4% GOTAS ORALES	12					

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA MENSUAL	MARCA / ARTICULO KAIROS	PRECIO UNITARIO CATALOGO KAIROS	DESCUENT O SOBRE CATALOGO KAIROS %	PRECIO UNITARIO RG COTIZACION PROPUESTA	PRECIO TOTAL RG COTIZACION PROPUESTA
1.50	SUCRALFATO 20% SUSPENSIÓN	60					
1.51	TIRAS REACTIVAS PARA HEMOGLUCOTEST CON APARATO	84000					
1.52	VASELINA LÍQUIDA 250 ML	1200					
1.53	VASELINA SOLIDA X 60 G	2400					
1.54	VITAMINA A, C, D SIN FLUOR GOTAS ORALES	360					
1.55	VITAMINA B 1 100 MG/1 ML AMPOLLA	360					
1.56	VITAMINA C 1000 MG AMPOLLA	12					
1.57	VITAMINA D 2400 UI GOTAS ORALES	60					
1.58	VITAMINA D3 2 ML (100000 UI)	36					
SUBTOTAL RENGLÓN Nº1							
SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS							
2.1	ACENOCUMAROL 4 MG COMPRIMIDO	600					
2.2	ENOXAPARINA 0,4 MG JERINGA PRELLENADA Y COLORES DIFERENCIADOS POR POTENCIA	4800					
2.3	ENOXAPARINA 0,6 MG JERINGA PRELLENADA Y COLORES DIFERENCIADOS POR POTENCIA	4800					
2.4	ENOXAPARINA 0,8 MG JERINGA PRELLENADA Y COLORES DIFERENCIADOS POR POTENCIA	3600					
2.5	FIBRINOGENO HUMANO 1 G F.A.	60					
SUBTOTAL RENGLÓN Nº2							

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA MENSUAL	MARCA / ARTICULO KAIROS	PRECIO UNITARIO CATALOGO KAIROS	DESCUENT O SOBRE CATALOGO KAIROS %	PRECIO UNITARIO RG COTIZACION PROPUESTA	PRECIO TOTAL RG COTIZACION PROPUESTA
----	------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---	--------------------------------------

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 Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en 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 060/2025.

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 en la Oficina de Compras de la institución, 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.

PLAZO MANTENIMIENTO OFERTA. Los Oferentes deben mantener sus Ofertas, por el término de Treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha del acto de apertura.

FORMA DE COTIZAR - COTIZACIÓN INTEGRAL CON DESCUENTO. El oferente deberá presentar su PROPUESTA DE MANERA INTEGRAL POR BLOQUE, INDEFECTIBLEMENTE POR LA TOTALIDAD DE LOS RENGLONES REQUERIDOS PARA CADA UNO DE ELLOS, HACIENDOSE CONSTAR QUE por la especial característica del contrato a celebrarse NO SE ADMITIRAN OFERTAS CUYA PRESENTACION NO PROCEDA EN DICHOS TERMINOS.

Los oferentes deberán presentar su oferta económica en el **pedido de cotización** elaborado a tal fin, la cual deberá realizarse **sobre el porcentaje de descuento respecto del precio de referencia que se establece en el requerimiento elaborado al efecto**. En el precio final cotizado, se considerarán contemplados e incluidos, los gastos de envase, embalaje, carga, transporte, logística, acarreo, estiba, entrega de Solución Informática conforme especificaciones técnicas particulares de la Licitación de referencia.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO. La prestación del servicio se extenderá por un periodo de 12 (Doce) Meses con opción a Prorroga de hasta por un periodo de 12 (Doce) meses a cuenta, orden y consideración del Hospital, previa notificación al prestador del servicio con una antelación de 60 días de la finalización de dicho periodo. El inicio de la prestación del Servicio deberá efectuarse con anterioridad a los 10 (diez) días desde el momento de recepción de la orden de compra o bien desde la fecha que resulte dispuesta o según propuesta.

RG	REFERENCIA	CANTIDAD ESTIMADA MENSUAL	MARCA / ARTICULO KAIROS	PRECIO UNITARIO CATALOGO KAIROS	DESCUENT O SOBRE CATALOGO KAIROS %	PRECIO UNITARIO RG COTIZACION PROPUESTA	PRECIO TOTAL RG COTIZACION PROPUESTA
----	------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---	--------------------------------------

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. La prestación procederá en la Sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC – Servicio de Farmacia -, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires.

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.

FIRMA	
NOMBRE Y APELLIDO	
CARGO	
Nº D.N.I.	
LUGAR Y FECHA	