


**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 **080** Año **2025**

Ejercicio 2025-2026

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

Pedido de Provisión: 143-2025 Fecha 17/09/2025

FECHA DE APERTURA: MARTES 21 DE OCTUBRE DE 2025 A LAS 12:00 HS

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 ESPECIFICOS. 1 G UNIDAD	1500			
2	FÓRMULA INFANTIL PARA PREMATURO LIQUIDA PARA LACTANTES PREMATUROS Y/O BAJO PESO AL NACER. 70 ML UNIDAD	6576			
3	LECHE DE FORMULA DE INICIO LIQUIDA PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES DE EDAD. 200 ML UNIDAD	2688			
4	LECHE DE FÓRMULA DE INICIO EN POLVO PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES DE EDAD. 800 G UNIDAD	72			
5	LECHE DE FORMULA DE CONTINUACION LIQUIDA PARA LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD. 200 ML UNIDAD	480			
6	LECHE DE FÓRMULA DE CONTINUACIÓN EN POLVO PARA LACTANCTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD. 800 G UNIDAD	156			

7	FÓRMULA INFANTIL EN POLVO CON PROTEINAS EXTENSAMENTE HIDROLIZADAS PARA LACTANTES CON INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS O ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA. 400 G UNIDAD	84			
8	FÓRMULA INFANTIL EN POLVO ANTIREFLUJO PARA LACTANTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO O REGURGITACION. 400 G UNIDAD	24			
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	36			
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	84			
11	FÓRMULA INFANTIL HIPERCALÓRICA. CON HIERRO LÍQUIDA. PARA LACTANTES DE 0 A 18 MESES CON REQUERIMIENTO ENERGÉTICO ELEVADO. 125 ML UNIDAD	1392			
12	FORMULA NORMOCALORICA NORMOPROTEICA PARA PACIENTE PEDIATRICO QUE PRESENTA DESNUTRICION O TRASTORNO DE LA DEGLUCION O ENFERMEDADES NEUROLOGICAS. 500ML UNIDAD	344			
13	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL PEDIATRICO LIQUIDO HIPERCALORICO,	168			

	NORMOPROTEICO CON FIBRA PACIENTES PEDIATRICOS CON DESNUTRICION, INCREMENTO DE LAS NECESIDADES O PERDIDA DE APETITO, TRASTORNO DEL TRANSITO INTESTINAL. 125 ML UNIDAD				
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	2016			
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	912			
16	FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR SONDA CON ALTA DENSIDAD ENERGETICA, 1,5 kcal/ml. PARA PACIENTES CON NECESIDADES ENERGETICAS ELEVADAS Y RESTRICCION HIDRICA. 1000 ML UNIDAD	400			
17	FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR SONDA HIPERPROTEICA PARA PACIENTE CRITICO PACIENTE CRITICO. PACIENTE POST OPERATORIO. 500 ML UNIDAD	2560			
18	FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR SONDA NORMOCALORICA CON PROTEINAS DEL SUERO HIDROLIZADAS. PARA PACIENTES CON FUNCION GASTROINTESTINAL ALTERADA. 1000 ML UNIDAD	64			
19	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL HIPERCALORICO, HIPERPROTEICO PARA PACIENTES CON REQUERIMIENTOS	1320			

	AUMENTADOS QUE NO LOGRAN CUBRIRLO CON LA DIETA HABITUAL. 125 ML UNIDAD				
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	576			
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	48			
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	42			
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	18			
24	MODULO NUTRICIONAL A BASE DE TRIGLICERIDOS DE CADENA MEDIA. PACIENTES CON TRASTORNOS EN LA DIGESTION, ABSORCION Y TRANSPORTE DE LIPIDOS. 500 ML UNIDAD	12			

25	MODULO DE FIBRA SOLUBLE. 260 G UNIDAD	6			
26	ESPELANTE INSTANTANEO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, FRIAS O CALIENTES SABOR NEUTRO. A BASE DE GOMAS XANTANA Y GUAR PARA PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA DEGLUCION. 175G UNIDAD	42			
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 080/2025.

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 de 30 días hábiles contados a partir de la fecha del acto de apertura.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. PRORROGA. CANTIDADES ESTIMADAS. La prestación del servicio se extenderá por un periodo de **180 (Ciento Ochenta) Días con opción a Prorroga de hasta por un igual periodo a cuenta, orden y consideración del Hospital**, previa notificación al prestador del servicio con una antelación de 30 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.

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.

La suma adjudicada resultará del cálculo de los valores Unitarios cotizados por las cantidades estimadas por renglón, **determinándose el Monto Total, el que resultará el Monto máximo hasta el cual se podrá proceder al cumplimiento de la prestación.**

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	