



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 CONTRATACION DIRECTA

Número **001** Año **2025**

Ejercicio 2025

*Ref./ Adquisición de Insumos Varios para el Servicio de Farmacia de este
"Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica
Integral para la Comunidad SAMIC-*

Pedido de Provisión: **001/2025** Fecha **06/01/2025**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 24 DE ENERO DE 2025 A LAS 14:00 HS.
vía correo electrónico a compras@hospitalcuencaalta.org.ar

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 VARIOS SERVICIO DE FARMACIA HCANK

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD ESTIMADA	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	ACEITE EN AEROSOL SILICONADO	40			
2	ACENOCUMAROL 4 MG COMPRIMIDO	50			
3	ACETIL CISTEÍNA 600 MG COMPRIMIDO EFERVECENTE	30			
4	ACICLOVIR 5% CREMA	3			
5	ÁCIDO POLIACRÍLICO GEL OFTÁLMICO	15			
6	ÁCIDO TRANEXÁMICO 500 MG AMPOLLA	500			
7	ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300 MG COMPRIMIDO	50			
8	ADENOSINA 6 MG/2 ML AMPOLLA	30			
9	AGUA D'ALIBOUR 250 ML	2			
10	AGUA DESTILADA ESTÉRIL 5 ML AMPOLLA	5000			
11	ALIMENTACIÓN PARENTERAL TRES EN UNO, PARA ADULTOS CON SMOF	30			
12	AMIKACINA 500 MG / 2 ML AMPOLLA	300			

13	AMIODARONA 200 MG COMPRIMIDO	60			
14	AMLODIPINA 10 MG COMPRIMIDO	60			
15	AMLODIPINA 5 MG COMPRIMIDO	60			
16	AMOXICILINA/ ÁCIDO CLAVULÁNICO 875-125 MG COMPRIMIDO	150			
17	AMPICILINA 1000 MG F.A.	100			
18	AMPICILINA/ SULBACTAM 1000/500 MG F.A.	1000			
19	ANIDULAFUNGINA 100 MG F.A.	14			
20	ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO	30			
21	ATORVASTATINA 40 MG COMPRIMIDO	120			
22	ATOSIBAN 7,5 MG/ML X 5 ML (37,5 MG) F.A.	6			
23	ATRACURIO 50 MG / 5 ML AMPOLLA	1000			
24	ATROPINA 1 MG / 1 ML AMPOLLA	100			
25	AZTREONAM 1000 MG F.A.	30			
26	BACLOFENO 10 MG COMPRIMIDO	75			
27	BETAMETASONA 0,05%- FENILEFRINA 0,1%- LIDOCAINA 2,5% CREMA ANTIHEMORROIDAL	5			
28	BETAMETASONA 0,1% CREMA	5			
29	BETAMETASONA 0,5%- GENTAMICINA 0,1%-MICONAZOL 1% CREMA	10			
30	BETAMETASONA ACETATO/ FOSFATO. 6-7,8 MG/ 2 ML AMPOLLA	100			
31	BIPERIDENO 2 MG COMPRIMIDO	20			
32	BISACODILO 5 MG COMPRIMIDO	500			
33	BISOPROLOL 5 MG COMPRIMIDO	300			
34	BUDESONIDE 0,1% GOTAS PARA NEBULIZAR	10			

35	BUPIVACAÍNA HIPERBÁRICA 0,5% AMPOLLA (20 MG/4ML)	200			
36	BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA 0,5% F.A (10 MG/20ML)	200			
37	CABERGOLINA 0,5 MG COMPRIMIDO	12			
38	CAFEÍNA 250 MG/1 ML AMPOLLA	100			
39	CAL SODADA 4 KG	25			
40	CEFALEXINA 500 MG/ 5 ML SUSPENSIÓN	5			
41	CEFOTAXIMA 1000 MG F.A.	100			
42	CEFTAZIDIMA 1000 MG F.A.	200			
43	CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM 2000- 500 MG F.A.	20			
44	CILOSTAZOL 100 MG COMPRIMIDO	20			
45	CIPROFLOXACINA 0,3%- DEXAMETASONA 0,1% UNGÜENTO OFTÁLMICO	5			
46	CIPROFLOXACINA 200 MG/100 ML SACHET	150			
47	CLARITROMICINA 500 MG F.A.	100			
48	CLINDAMICINA 300 MG COMPRIMIDO	500			
49	CLOBETASOL 0.05% CREMA	10			
50	CLOPIDOGREL 75 MG COMPRIMIDO	100			
51	CLORANFENICOL + COLAGENASA UNGÜENTO POR 30 G	100			
52	CLORHEXIDINA 0,12% COLUTORIO ORAL	70			
53	CLORURADO HIPERTÓNICO 2000 MG/10 ML(20%) AMPOLLA	700			
54	CLORURO DE POTASIO 15 MEQ/ 5 ML AMPOLLA	600			
55	CLOTRIMAZOL 1% CREMA	10			
56	CLOTRIMAZOL 1% PASTA X 30G	3			
57	COLISTIN 100 MG F.A.	200			

58	COMPLEJO PROTROMBÍNICO HUMANO 500 UI F.A.	7			
59	COMPLEJO VITAMÍNICO B1/B2/B5/B6/PP EN AMPOLLA (TIPO BECOZYM)2 ML	20			
60	COMPLEJO VITAMÍNICO B1/B3/B6/B12 EN COMPRIMIDO (TIPO BECOZYM): TIAMINA 50 MG/ NICOTINAMIDA 40 MG/ PIRIDOXINA 20 MG/ CIANOCOBALAMINA 0,1 MG	20			
61	COMPLEJO VITAMÍNICO B1/B6/B12 EN AMPOLLA (TIPO BAGO): TIAMINA 100 MG/PIRIDOXINA 200 MG/HIDROXICOBALAMINA 10 MG	20			
62	COMPLEJO VITAMÍNICO B1/B6/B12 EN COMPRIMIDO (TIPO BAGO): TIAMINA 125 MG/ PIRIDOXINA 140 MG/ CIANOCOBALAMINA 5 MG	100			
63	CREMA DE BISMUTO 3% 90 ML SUSPENSIÓN	10			
64	DAPTOMICINA 500 MG F.A.	10			
65	DESORGESTREL 75 MCG COMPRIMIDO	500			
66	DEXAMETASONA 8 MG/2 ML AMPOLLA	500			
67	DEXMEDETOMIDINA 100 MCG/ 1 ML AMPOLLA	500			
68	DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO	50			
69	DIAZEPAM 10 MG/2 ML AMPOLLA	100			
70	DICLOFENAC 75 MG COMPRIMIDO	200			
71	DICLOFENAC 75 MG/3 ML AMPOLLA	1000			
72	DIPIRONA 1000 MG/2 ML AMPOLLA	300			
73	DIPIRONA 5% JARABE (2500 MG/5ML)	1			
74	ENALAPRIL 5 MG COMPRIMIDO	350			
75	ENOXAPARINA 0,4 MG JERINGA PRELLENADA	50			

76	ENOXAPARINA 0,6 MG JERINGA PRELENADA	50			
77	ENOXAPARINA 0,8 MG JERINGA PRELENADA	100			
78	ERGONOVINA 0,2 MG COMPRIMIDO	20			
79	ERITROMICINA 0,5% GOTAS OFTÁLMICAS	2			
80	ERITROMICINA 0,5% UNGÜENTO OFTÁLMICO 3,5 G	30			
81	ERITROPOYETINA 10.000 U.I. F.A.	3			
82	ESCITALOPRAM 20 MG COMPRIMIDO	50			
83	ESPIRAMICINA 3 M U.I. COMPRIMIDO	40			
84	ESPIRONOLACTONA 100 MG COMPRIMIDO	120			
85	ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDO	100			
86	ESTREPTOMICINA 1000 MG F.A.	20			
87	ETILEFRINA 10 MG/1 ML AMPOLLA	200			
88	ETOMIDATO 2 MG/1 ML AMPOLLA	20			
89	FENILEFRINA 10 MG/1 ML AMPOLLA	20			
90	FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO	100			
91	FENTANILO 250 MCG/5 ML AMPOLLA	3700			
92	FILGRASTIM 300 MCG F.A	10			
93	FLUCONAZOL 100 MG COMPRIMIDO	30			
94	FLUMAZENIL 0,5 MG/5 ML AMPOLLA	100			
95	FOSFATO DE POTASIO 30 MMOL/10 ML AMPOLLA	2			
96	FOSFATO MONOSÓDICO/ SODIO 18/ 8 GR ENEMA 135 ML	15			

97	FOSFATO MONOSÓDICO/DISÓDICO 48/18 % SOLUCIÓN ORAL	5			
98	FOSFOMICINA 1000 MG F.A.	750			
99	GENTAMICINA 80 MG/2 ML AMPOLLA	100			
100	GLUCONATO DE POTASIO 31,2% ELIXIR (1560 MG/5 ML)	20			
101	GLUCOSADO HIPERTÓNICO 2500 MG/10 ML (25%) AMPOLLA	30			
102	HALOPERIDOL 10 MG COMPRIMIDO	20			
103	HALOPERIDOL 5 MG/ 1 ML AMPOLLA	100			
104	HEPARINA SÓDICA 25000 UI/ 5 ML F.A.	100			
105	HIDROCORTISONA 1% CREMA	5			
106	HIDROCORTISONA 100 MG F.A.	100			
107	HIDROCORTISONA 500 MG F.A.	100			
108	HIDROXIPROPILMETILCELULOSA 0,3% GOTAS OFTÁLMICAS	5			
109	HIERRO SACARATO 100 MG/5 ML F.A.	400			
110	HIOSCINA 10 MG COMPRIMIDO	300			
111	HIOSCINA 20 MG/1 ML AMPOLLA	400			
112	IBUPROFENO 2 % JARABE	5			
113	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI D 300 MCG JERINGA PELLENADA	5			
114	INSULINA NPH 1000 UI/10 ML F.A.	10			
115	ISOPROTERENOL 1 MG/5 ML AMPOLLA	30			
116	KETOROLAC 20 MG COMPRIMIDO	500			
117	KETOROLAC 30 MG/2 ML AMPOLLA	2000			
118	LABETALOL 20 MG/4 ML AMPOLLA	400			
119	LACTULOSA 65% SUSPENSIÓN (3250 MG/5ML)	20			

120	LEVETIRACETAM 100 MG/ ML SUSPENSIÓN	5			
121	LEVETIRACETAM 500 MG COMPRIMIDO	100			
122	LEVOFLOXACINA 500 MG COMPRIMIDO	20			
123	LEVOFLOXACINA 750 MG/150 ML SACHET	50			
124	LEVOSIMENDAN 12,5 MG/ 5 ML F.A.	2			
125	LEVOTIROXINA 100 MCG COMPRIMIDO	100			
126	LEVOTIROXINA 25 MCG COMPRIMIDO	100			
127	LIDOCAÍNA 1% (50 MG/5 ML) AMPOLLA	200			
128	LIDOCAÍNA 2% (100 MG/ 5 ML) AMPOLLA	600			
129	LIDOCAINA 2% C/ EPINEFRINA 20 ML F.A.	100			
130	LIDOCAINA 2% JALEA	200			
131	LINEZOLID 600 MG/300 ML SACHET	20			
132	LOPERAMIDA 2 MG COMPRIMIDO	150			
133	LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO	20			
134	LORAZEPAM 1 MG COMPRIMIDO SUBLINGUAL	10			
135	LORAZEPAM 2,5 MG COMPRIMIDO	60			
136	LOSARTÁN 50 MG COMPRIMIDO	60			
137	MEPREDNISONA 40 MG COMPRIMIDO	160			
138	MEROPENEM 1000 MG F.A.	50			
139	METFORMINA 500 MG COMPRIMIDO	30			
140	METOCLOPRAMIDA 10 MG COMPRIMIDO	200			
141	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML AMPOLLA	1500			

142	METRONIDAZOL 300 MG- MICONAZOL 100 MG- NEOMICINA 48,8 MG-POLIMIXINA 4,4 MG- CENTELLA ASIATICA 15 MG OVULO VAGINAL	20			
143	METRONIDAZOL 500 MG COMPRIMIDO	50			
144	METRONIDAZOL 500 MG ÓVULOS VAGINALES	10			
145	METRONIDAZOL 500 MG/100 ML SACHET	250			
146	MORFINA 10 MG/1 ML AMPOLLA	1000			
147	MUPIROCINA 2% CREMA	10			
148	MUPIROCINA 2% UNGÜENTO NASAL	5			
149	NISTATINA 100000 U.I/ 1 ML SUSPENSIÓN	5			
150	NITROGLICERINA 25 MG/ 5 ML AMPOLLA	50			
151	OCTREÓTIDO 0,1 MG/ ML AMPOLLA	100			
152	OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA	800			
153	OMEPRAZOL 200 MG/100 ML POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL	20			
154	OMEPRAZOL 40 MG F.A.	100			
155	ONDANSETRON 8 MG/4 ML AMPOLLA	250			
156	ÓXIDO DE ZINC + ASOCIADOS CREMA (TIPO HIPOGLÓS)	30			
157	OXITOCINA 10 U.I/1 ML AMPOLLA	200			
158	PAMIDRONATO DISÓDICO 90 MG FRASCO AMPOLLA	2			
159	PANCREATINA 150 MG COMPRIMIDO	300			
160	PARACETAMOL 100 MG/1 ML GOTAS ORALES	5			
161	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	3000			
162	PERMETRINA 1% SHAMPOO	5			

163	PERMETRINA 5% EMULSIÓN	5			
164	PIPERACILINA- TAZOBACTAM 4000-500 MG F.A.	300			
165	POLIETILENGLICOL MÁS ELECTROLITOS ASOCIADOS. BIDÓN POR 4 LITROS PEG 3350	5			
166	PROGESTERONA 200 MG CÁPSULA	30			
167	PROPOFOL 200 MG/ 20 ML AMPOLLA	1300			
168	QUETIAPINA 100 MG COMPRIMIDO	300			
169	RANITIDINA 50 MG/5 ML AMPOLLA	400			
170	RISPERIDONA 1 MG COMPRIMIDO	200			
171	SEVOFLUORANO 250 ML ENVASE QUICK FILL	10			
172	SEVOFLUORANO LÍQUIDO 250 ML	10			
173	SOLUCIÓN FISIOLÓGICA ESTÉRIL 5 ML AMPOLLA	500			
174	SUCCINILCOLINA 100 MG /2 ML AMPOLLA	100			
175	SUCRALFATO 20% SUSPENSIÓN	5			
176	SULFADIAZINA DE PLATA- VITAMINA A- LIDOCAINA CREMA 30 G	10			
177	SULFATO FERROSO GOTAS ORALES (625 MG/5 ML)	10			
178	SURFACTANTE PULMONAR BOVINO 240 MG/8 ML F.A.	5			
179	TAMSULOSINA 0,4 MG CÁPSULA	100			
180	TIGECICLINA 50 MG F.A.	100			
181	TIRAS REACTIVAS PARA HEMOGLUCOTEST CON APARATO	2000			
182	TOBRAMICINA 0,3% GOTAS OFTÁLMICAS	5			
183	TOBRAMICINA 0,3%, DEXAMETASONA 0,1% GOTAS OFTÁLMICAS	5			
184	TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDO	300			

185	TRAMADOL 50 MG/ 2 ML AMPOLLA	3600			
186	TRIMETOPRIMA- SULFAMETOXAZOL(COTRIMOXAZOL) 80-400 MG/ 5 ML AMPOLLA	200			
187	TRIMETOPRIMA- SULFAMETOXAZOLL(COTRIMOXAZOL) 160-800 MG COMPRIMIDO	500			
188	VALSARTAN 80 MG COMPRIMIDO	400			
189	VANCOMICINA 1000 MG F.A.	2			
190	VASELINA LÍQUIDA 250 ML	50			
191	VITAMINA A CREMA X 30 G	10			
192	VITAMINA A, C, D SIN FLUOR GOTAS ORALES	10			
193	VITAMINA D 2400 UI GOTAS ORALES	5			
194	VITAMINA K 1 MG/ 0,5 ML AMPOLLA	100			
195	ZOLPIDEM 10 MG COMPRIMIDO	100			
TOTAL					

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 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

OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL. Los proveedores cotizantes, deberán enviar vía correo electrónico la siguiente documentación:

- a) **EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada,**
- b) **CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, del Registro de Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.**

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.

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.

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, implicará el descarte de la propuesta.

PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO. La constancia de recepción de la Orden de Compra por parte del adjudicatario perfecciona la adjudicación, el envío de dicho documento se efectuará al domicilio electrónico constituido. El adjudicatario podrá desistir de su oferta sin que le sean aplicables ningún tipo de penalidades ni sanciones cuando la orden de compra no le sea notificada dentro de los DIEZ (10) días de emitido el acto resolutorio o dispositivo que la aprueba, o cuando el contrato no se hubiera suscripto por ambas partes en ese plazo.

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. CANTIDADES ESTIMADAS La Prestación del Servicio se extenderá por el plazo de 60 (Sesenta) días corridos a partir de dicho momento. 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 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	