



## 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](mailto:compras@hospitalcuencaalta.org.ar)

Página: 1 / 3

## PEDIDO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA

Número **048** Año **2024**

Ejercicio 2024

*Ref./ Adquisición de Productos Médicos Descartables de Alto Costo 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: **078/2024** Fecha **06/06/2024**

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MIERCOLES 17 DE JULIO DE 2024 A LAS 10:00 HORAS** vía correo electrónico a [compras@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto: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.

### PRODUCTOS MÉDICOS DESCARTABLES DE ALTO CTOSTO PARA EL SERVICIO DE FARMACIA HCANK

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	AEROCÁMARA ARM PACIENTE VENTILADO ADULTO	20			
2	ARNÉS PARA MÁSCARA FACIAL DE ANESTESIA NEONATAL	3			
3	CARTUCHO RASURADORA	150			
4	CATÉTER PERCUTÁNEO DE INSERCIÓN PERIFÉRICA 3 FR 2 LÚMENES. KIT COMPLETO	10			
5	CATÉTER PERCUTÁNEO DE INSERCIÓN PERIFÉRICA 3 FR 3 LÚMENES. KIT COMPLETO	10			
6	CATÉTER PERCUTÁNEO DE INSERCIÓN PERIFÉRICA 4 FR 2 LÚMENES. KIT COMPLETO	10			
7	CATÉTER TORACICO CON TROCAR Nº6	5			
8	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA DOBLE LUMEN CON INTRODUTOR PELABLE, 5 FR X 55-65 CM DE LONGITUF. PICC. DE UNA SOLA PIEZA DE POLIURETANO RADIOPACO , CON MARCACIÓN CENTIMÉTRICA, CON ALETAS PERFORADAS PARA FIJACIÓN, PELABLE, ESTÉRIL, APIRÓGENO EN ENVASE QUE GARANTICE SU CONSERVACIÓN.	10			
9	CHUPETE 0 A 6 MESES DE SILICONA	20			
10	INTRODUCTOR 2 FR PARA CATETER 1FR (NEO)	20			
11	INTRODUCTOR 8 FR CON VÁLVULA HEMOSTÁTICA 11 CM	10			

12	MAMADERA DE POLIPROPILENO (PP) DE ALTA CALIDAD, RESISTENTE Y LIBRE DE BPA COMPATIBLE CON TETINA DE MUY BAJO FLUJO	30			
13	MÁSCARA VNI NASAL S	4			
14	SISTEMA CERRADO DE RECOLECCIÓN DE ORINA NEONATAL 4FR	30			
15	SISTEMA CERRADO DE RECOLECCIÓN DE ORINA NEONATAL 6FR	30			
16	SISTEMA CERRADO DE RECOLECCIÓN DE ORINA NEONATAL 8FR	30			
17	SONDA SENGSTAKEN- BLAKEMORE CON BALON Nº14	3			
18	SONDA SENGSTAKEN- BLAKEMORE CON BALON Nº16	3			
19	SONDA SENGSTAKEN- BLAKEMORE CON BALON Nº18	3			
20	CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA CON REGULACIÓN HORIZONTAL NÚMERO 8	3			
21	CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA CON REGULACIÓN HORIZONTAL NÚMERO 9	1			
22	CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA CON REGULACIÓN HORIZONTAL EXTRA LARGA NÚMERO 8	2			
23	SISTEMA CPAP A BURBUJA CALEFACCIONADO LISTO PARA USAR	5			
24	CIRCUITO RESPIRATORIO DE UN RAMAL PARA LACTANTES CON VÁLVULA DE ALIVIO DE PRESIÓN PARA USAR EN NARINAS DE ALTO FLUJO Y CONECTADO A RESPIRADOR, TIPO RT 331	10			
25	RASURADORA COMPATIBLE CON RENGLÓN 3	1			
26	CARGADOR PARA RASURADORA COMPATIBLE CON RENGLÓN	1			
27	BALÓN INTRAAÓRTICO DE CONTRAPULSACIÓN DE 30 CC	3			
28	BALÓN INTRAAÓRTICO DE CONTRAPULSACIÓN DE 40 CC	3			
29	SONDA UROLÓGICA TRIPLE VÍA HEMATÚRICA 20 FR	60			
30	SONDA UROLÓGICA TRIPLE VÍA HEMATÚRICA 22FR	60			
31	SONDA UROLÓGICA TRIPLE VÍA HEMATÚRICA 24 FR	60			
					<b>TOTAL</b>

**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](http://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, implicara el descarte de la propuesta

**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](mailto: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 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.

<b>FIRMA</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	
<b>CARGO</b>	
<b>Nº D.N.I.</b>	
<b>LUGAR Y FECHA</b>	