



# 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)

## PEDIDO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA

Número **118** Año **2024**

Ejercicio 2024

Ref./ Servicio Mensual de Alquiler de Bomba de Circulación Extracorpórea de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC-

Pedido de Provisión: 177/2024 Fecha 16/10/2023

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MIERCOLES 20 DE NOVIEMBRE DE 2024 A LAS 11:00 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.

### SERVICIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR HCANK

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO MENSUAL	PRECIO TOTAL PERIODO
1	SERVICIO MENSUAL DE ALQUILER DE SISTEMA PARA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA. Referencia: Según Especificaciones Técnicas del Presente.	3 Meses			
<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/licitaciones](http://www.hospitalcuencaalta.org.ar/licitaciones)

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.
- c) PROPUESTA DEL SERVICIO QUE PROCURA PRESTARSE.
- d) **MUESTRAS:** Se deberá acompañar muestras fotográficas, folletos, catálogos, o cualquier otro elemento conducente a valorar las cualidades del material ofertado. La no presentación de lo requerido en los términos establecidos podrá resultar causal de desestimación de la oferta.
- e) Los oferentes deberán presentar en el momento de cotizar con la oferta y en caso de corresponder:
  - Certificado de habilitación con su correspondiente disposición otorgado por la Autoridad Sanitaria Fiscalizadora A.N.M.A.T o Ministerio de Salud según corresponda.

- **Disposición del profesional responsable que figure como director técnico extendido por el Ministerio de Salud u Organismo responsable.**

**MUESTRAS.** En caso de requerirse y a solicitud de la Comisión de Preadjudicación se deberán presentar muestras del equipo cotizado a efectos de apreciar la calidad del mismo 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, la asistencia pertinente. 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.

**GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO:** La firma adjudicada deberá efectuar oportuno acompañamiento del **COMPROBANTE O DOCUMENTO DE GARANTÍA DE CONTRATO** conforme a lo dispuesto en Anexo A Punto II del Reglamento de Compras y Contrataciones del Hospital, **por un Monto EQUIVALENTE AL 10% SOBRE TOTAL DEL CONTRATO.** La fianza deberá ser otorgada por las entidades facultadas por la Ley Nacional N° 18.061 – de Entidades Financieras o las que en un futuro la reemplacen o póliza de seguro que deberá constituir al garante en fiador solidario, ser extendida hasta el total cumplimiento del contrato y con expresa renuncia a exigir interpelación judicial. Dichas garantías serán aceptadas por sus valores escritos.

**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 DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN.** El contrato tendrá una vigencia de 3 meses a contar con anterioridad a los 10 (DIEZ) días desde el momento de recepción de la orden de compra, con opción a prórroga automática hasta por igual periodo, a cuenta, orden y consideración del HCANK, salvo expresa renuncia por parte de dicho Oferente a la referida prórroga, con 10 días de anterioridad al vencimiento del plazo original. La negativa a la prórroga por el adjudicatario, no le generará ningún tipo de responsabilidad ni será pasible de penalidad o sanción. En tal sentido y en el caso que la adjudicataria manifieste la aceptación de la ampliación pretendida por la Institución supeditada al reajuste de las condiciones contractuales motivado en el acontecimiento de algún hecho significativo que durante el transcurso del vínculo contractual pudiera implicar la rotura de la ecuación económica financiera del contrato, la firma adjudicada podrá plantearlo mediante petición formal y fundada para su consideración por parte de las autoridades del HCAS, quienes evaluarán la validez y justificación de la petición, y el posible reconocimiento compensatorio en caso de corresponder.

**LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. LA ENTREGA DEL EQUIPO RESULTARÁ SEGÚN REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA CON ENTREGA INDEFECTIBLE ANTE LA COMISION DE RECEPCION DEL HCANK** [comisionderecepcion@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto:comisionderecepcion@hospitalcuencaalta.org.ar) 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 16:00 horas. 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 HCAS. Hágase constar que es requisito para la recepción del equipo **LA PRESENTACION DEL REMITO ORIGINAL** al momento de la entrega del mismo.

**PAGO.** La Facturación se efectuará mensualmente, y su pago se efectuará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la misma salvo propuesta alternativa presentada y aceptada por las Autoridades del HCANK.

**FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA**

**EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCECIONALES**

### **ESPECIFICACIONES TECNICAS**

**Especificaciones técnicas Servicio de Alquiler mensual de sistema para circulación Extracorpórea.**

- f) **Especificaciones técnicas**
- g) El proveedor deberá suministrar un sistema para circulación extracorpórea que incluya los siguientes equipos y posea las siguientes características técnicas mínimas.

**h) Bomba de circulación extracorpórea**

- i Base de acero inoxidable para cuatro rollers con sus correspondientes conexiones.
- ii 4 rollers modulares intercambiables digitales que permitan la lectura de revoluciones por minuto y litros por minutos, marcha en sentido horario y antihorario.
- iii Manivelas de accionamiento manual de los rollers ante cortes de suministro eléctrico.
- iv Mástiles telescópicos y porta suero.

**i) Módulo intercambiador de calor**

- i Capacidad de 12 litros
- ii Controlador de temperatura digital incluido
- iii Rango de temperatura 0 a 40 grados.
- iv El equipo deberá permitir conexión con colchón térmico, apto para frío y calor. Se deberá incluir colchón térmico adulto y pediátrico, compatible con el modelo ofertado.
- v Será aceptable la inclusión de un equipo que cumpla la función de intercambio de calor mediante colchón térmico, en caso que el intercambiador de calor no pueda realizar ambas funciones en simultáneo.

**j) Mezclador de gases**

- a Equipo mezclador de gases aire/oxígeno
- b Precisión +-3%
- c Caudal máximo 40 LPM
- d Rango de FIO2 21% a 100%
- e Suministro de Gas 50 Psi + 10 Psi
- f Caudalímetro 0-10 LPM

**k)** El proveedor deberá suministrar todo lo necesario para el correcto funcionamiento del equipo.

**l)** El proveedor deberá realizar los correspondientes mantenimientos preventivos y correctivos sobre el conjunto de equipos.

**m)** El proveedor deberá presentar la documentación técnica pertinente a los mantenimientos realizados al servicio de ingeniería clínica del hospital Cuenca alta Néstor Kirchner.

**n)** Los equipos entregados deberán contar con mantenimientos preventivos vigentes durante la duración del contrato. En caso de vencimiento durante el mismo, el proveedor deberá realizar los mantenimientos preventivos sin costo para este hospital.

**o)** Los mantenimientos correctivos deberán ser realizados por el proveedor, sin costo para este hospital.

**p) Normativa aplicable**

**q)** El fabricante del equipo deberá contar con certificado de Habilitación del Establecimiento por Disposición 2319/02 de A.N.M.A.T.

**r)** El fabricante del equipo deberá contar con certificado de Buenas Prácticas de Fabricación (BPF) vigente.

- s) El equipo deberá contar con el registro de producto médico por Disposición 2318/02 vigente.
- t) **Condiciones de entrega**
- u) El equipo deberá entregarse en las instalaciones del Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta SAMIC. Flete a cargo del proveedor.
- v) Deberá entregarse en conjunto con el equipo el manual de usuario en formato papel y en formato digital.
- w) Deberá entregarse en conjunto con el equipo el manual técnico / service en formato papel y en formato digital.
- x) La empresa deberá realizar una capacitación a todo el personal técnico y médico, sobre el uso y los cuidados del equipo, dicha capacitación deberá ser documentada mediante una planilla firmada.

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>	