


**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  
LICITACION PUBLICA**

Número **002** Año **2024**

Ejercicio 2024

Ref./ Adquisición de Productos Medicos de Alto Costo para el Servicio de Farmacia de este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: **007-2024** Fecha **08/01/2024**

**FECHA DE APERTURA: JUEVES 08 DE FEBRERO DE 2024 A LAS 10:00 HORAS**

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

**VALOR DEL PLIEGO \$ 5.500,00**

**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.

**PRODUCTOS MEDICOS DE ALTO COSTO SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC**

RG	REFERENCIA	CANTIDAD	MARCA COTIZADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	ACCESO VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACIÓN CON RESERVORIO DE TITANIO 7 FR ADULTO	8			
2	ARNÉS PARA MÁSCARA FACIAL DE ANESTESIA ADULTO	3			
3	ARNÉS PARA MÁSCARA FACIAL DE ANESTESIA NEONATAL	3			
4	BOLSA OSTOMÍA PEDIÁTRICA ABIERTA	150			
5	BOLSA PARA ANESTESIA DESCARTABLE 0,5 LITRO	15			
6	BOLSA RESERVORIO PARA RESUCITADOR PEDIÁTRICO	15			
7	CÁMARA HUMIDIFICADORA LISTA PARA UTILIZAR, DE LLENADO AUTOMÁTICO COMPATIBLE CON CALENTADOR FISHER AND PAYKEL	50			
8	CANULA DE ASPIRACIÓN SUBGLÓTICA CON BALÓN Nº 7,5FR	13			
9	CANULA DE ASPIRACIÓN SUBGLÓTICA CON BALÓN Nº 8,5FR	13			
10	CANULA DE ASPIRACIÓN SUBGLÓTICA CON BALÓN Nº 8FR	23			
11	CARTUCHO RASURADORA	500			
12	CATÉTER ARTERIAL 18 G X 12 CM, POLIURETANO	25			

13	CATÉTER ARTERIAL 18 G X 8 CM, POLIURETANO	25			
14	CATÉTER ARTERIAL 20 G X 12 CM POLIURETANO	25			
15	CATÉTER ARTERIAL 20 G X 5 CM POLIURETANO	25			
16	CATÉTER ARTERIAL 20 G X 8 CM POLIURETANO	25			
17	CATÉTER ARTERIAL 22 G X 5 CM POLIURETANO	25			
18	CATETER BIPOLAR PARA MARCA PASOS 6 FR	20			
19	CATETER EPICUTANEO CAVA 1FR LONGITUD 20 CM , DE UN LUMEN	25			
20	CATETER EPICUTANEO CAVA 2FR LONGITUD 30 CM DE DOS LUMEN KIT COMPLETO	20			
21	CATETER EPICUTANEO CAVA 2FR LONGITUD 30 CM KIT COMPLETO	38			
22	CATETER PARA MEDICION DE GASTO CARDIACO POR ANALISIS DEL CONTORNO DE LA ONDA DE PULSO, 4 FR, 22 CM. PARA APLICACION EN ARTERIA FEMORAL O ARTERIA BRAQUIAL CUBITAL EN PACIENTE ADULTO. DEBERA SER COMPATIBLE CON MONITORES MULTIPARAMÉTRICOS MINDRAY SERIE "N"	20			
23	CATÉTER PERCUTÁNEO DE INSERCIÓN PERIFÉRICA 3 FR 2 LÚMENES. KIT COMPLETO	25			
24	CATÉTER PERCUTÁNEO DE INSERCIÓN PERIFÉRICA 3 FR 3 LÚMENES. KIT COMPLETO	25			
25	CATÉTER PERCUTÁNEO DE INSERCIÓN PERIFÉRICA 4 FR 2 LÚMENES. KIT COMPLETO	25			
26	CATETER SWAN GANZ 7 FR	15			
27	CATÉTER TORÁCICO CON TROCAR Nº18	60			
28	CATÉTER TORÁCICO CON TROCAR Nº22	60			
29	CATÉTER TORÁCICO CON TROCAR Nº32	60			
30	CATÉTER TORACICO CON TROCAR Nº6	15			
31	CATETER UMBILICAL 3,5FR DOBLE LUMEN 100% POLIURETANO	75			
32	CATETER UMBILICAL 5FR DOBLE LUMEN 100% POLIURETANO	75			

33	CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA DOBLE LUMEN CON INTRODUCOR PELABLE, 5 FR X 55-65 CM DE LONGITUD. 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.	50			
34	CHUPETE 0 A 6 MESES DE SILICONA	45			
35	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL 10FR	75			
36	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL 12FR	75			
37	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL 14FR	75			
38	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL 16FR	300			
39	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL 5FR	75			
40	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL 6FR	75			
41	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL 8FR	75			
42	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACION PARA TRAQUEOSTOMIA 8FR	50			
43	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACION PARA TRAQUEOSTOMIA 10 FR	50			
44	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACION PARA TRAQUEOSTOMIA 12 FR	50			
45	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACION PARA TRAQUEOSTOMIA 14 FR	130			
46	CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACION PARA TRAQUEOSTOMÍA 16 FR	30			
47	CIRCUITO PARA RESPIRADOR EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DOBLE RAMA Y CONECTOR EN "Y", CON DOS TRAMPAS DE AGUA, 1 (UNA) AEROCÁMARA EXPANDIBLE CON CONECTORES PARA AEROSOLTERAPIA, DESECHABLE, LIBRE DE LÁTEX.	50			
48	CIRCUITO RESPIRATORIO ANESTESIA EN Y NEONATAL	13			
49	CIRCUITO RESPIRATORIO ANESTESIA EN Y PEDIATRICO	13			

50	CIRCUITO RESPIRATORIO DE UN RAMAL PARA LACTANTES CON VÁLVULA DE ALIVIO DE PRESIÓN PARA USAR EN NARINAS DE ALTO FLUJO, TIPO RT 330	50			
51	CIRCUITO RESPIRATORIO PEDIÁTRICO PARA CÁNULA DE ALTO FLUJO	25			
52	CIRCUITO RESPIRATORIO PEDIÁTRICO PARA CÁNULA DE ALTO FLUJO, DESECHABLE, LIBRE DE LÁTEX.	25			
53	CIRCUITO RESPIRATORIO, CALEFACCIONADO CON TECNOLOGIA EVACUA Y CALENTADOR TIPO RT265	75			
54	CONECTOR MDI PEDIÁTRICO	125			
55	<p>EQUIPO CONTENIENDO TODOS SUS ELEMENTOS CONFECCIONADOS CON POLIPROPILENO 52 G/CC. GRADO MÉDICO DE TRES CAPAS (FILTRADO BACTERIANO RANGO 93 APROX.); RESISTENTE A PENETRACIÓN DE FLUIDOS, ALCOHOLES Y/O ELEMENTOS DE BASE ALCOHÓLICA; Y PARTÍCULAS SECAS. DEBE CONTENER LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:</p> <p>4 TOALLAS DE MANOS</p> <p>1 CAMISOLÍN REPELENTE CON COSTURAS TERMO SELLADAS Y POSTERIOR ESTÉRIL CON SUJECIÓN INTERNA EN CINTURA Y HOMBRO DERECHO, Y EXTERNA EN HOMBRO IZQUIERDO Y CINTURA ANTERIOR; PUÑOS ELÁSTICOS DOBLES DE MÁS DE 12 CM.; DOBLADO QUIRÚRGICO; REFORZADO EN DELANTERA Y ANTEBRAZO; TAMAÑO L (GRANDE)</p> <p>3 CAMISOLINES REPELENTE CON COSTURAS TERMO SELLADAS Y POSTERIOR ESTÉRIL CON SUJECIÓN INTERNA EN CINTURA Y HOMBRO DERECHO, Y EXTERNA EN HOMBRO IZQUIERDO Y CINTURA ANTERIOR; PUÑOS ELÁSTICOS DOBLES DE MÁS DE 12 CM.; DOBLADO QUIRÚRGICO; REFORZADO EN DELANTERA Y ANTEBRAZO; TAMAÑO XL (EXTRA GRANDE)</p> <p>1 BOLSA DE SUTURA</p> <p>8 CAMPOS QUIRÚRGICOS AUXILIARES CON CINTA DE POSICIONAMIENTO 55 X 38 CM. APROX. 1 CAMPO QUIRÚRGICO 152 X 193 CM. APROX.</p> <p>1 CAMPO QUIRÚRGICO DE PROCEDIMIENTO CCV 274 X 203 X 320 CM. APROX., CON CINTAS DE POSICIONAMIENTO Y DOS PAÑOS AUTOADHESIVOS IODADOS TIPO STERIDRAPE MARCA 3M, IGUAL O SUPERIOR CALIDAD.</p> <p>1 COBERTOR DE MESA REFORZADO 112 X 229 CM. APROX. ESTÉRIL, EN DOBLE ENVASE DE APERTURA QUIRÚRGICA.</p>	60			

56	<b>GORRO P/CPAP NEONATAL CIRCUNFERENCIA 20-23 CM</b>	<b>13</b>			
57	<b>GORRO P/CPAP NEONATAL CIRCUNFERENCIA 25-28 CM</b>	<b>13</b>			
58	<b>GORRO P/CPAP NEONATAL CIRCUNFERENCIA 30.5-33 CM</b>	<b>13</b>			
59	<b>GUÍA / VARA EISCHMANN</b>	<b>50</b>			
60	<b>INTERFAZ PARA CPAP NEONATAL DESECHABLE TAMAÑO L</b>	<b>3</b>			
61	<b>INTERFAZ PARA CPAP NEONATAL DESECHABLE TAMAÑO M</b>	<b>3</b>			
62	<b>INTERFAZ PARA CPAP NEONATAL DESECHABLE TAMAÑO S</b>	<b>3</b>			
63	<b>INTRODUCTOR 2 FR PARA CATETER 1FR (NEO)</b>	<b>60</b>			
64	<b>INTRODUCTOR 6 FR CON VÁLVULA HEMOSTÁTICA 11 CM</b>	<b>8</b>			
65	<b>INTRODUCTOR 8 FR CON VÁLVULA HEMOSTÁTICA 11 CM</b>	<b>15</b>			
66	<b>INTRODUCTOR 8,5 FR CON VÁLVULA HEMOSTÁTICA</b>	<b>15</b>			
67	<b>KIT DE CIRCUITO RESPIRATORIO PARA LACTANTE DE DOBLE RAMAL CON COLECTOR DE AGUA ESPIRATORIA Y LÍNEA DE PRESIÓN (CAUDAL MAYOR A 4 L/MIN) (TIPO RT225)</b>	<b>25</b>			
68	<b>KIT DE MONITOREO DE GASTO CARDIACO POR ANALISIS DE CONTORNO DE LA ONDA DE PULSO QUE INCLUYE: TRANSDUCTOR DE PRESION ARTERIAL, CALOTA DE SENSOR DE INYECTADO Y LINEA DE PRESION ARTERIAL DE 150 CM.DEBERA SER COMPATIBLE CON MONITORES MULTIPARAMÉTRICOS MINDRAY SERIE "N"</b>	<b>25</b>			
69	<b>MAMADERA DE POLIPROPILENO (PP) DE ALTA CALIDAD, RESISTENTE Y LIBRE DE BPA COMPATIBLE CON TETINA DE MUY BAJO FLUJO</b>	<b>75</b>			
70	<b>MÁSCARA LARÍNGEA INFLABLE 2° GENERACIÓN.POSEE UN TUBO DE DRENAJE (PARALELO AL DE LA VENTILACIÓN) PARA EL PASO DE SONDA GÁSTRICA N°1,5. TIPO PROSEAL.</b>	<b>3</b>			
71	<b>MÁSCARA LARÍNGEA INFLABLE 2° GENERACIÓN.POSEE UN TUBO DE DRENAJE (PARALELO</b>	<b>3</b>			

	AL DE LA VENTILACIÓN) PARA EL PASO DE Sonda GÁSTRICA N°1. TIPO PROSEAL.				
72	MÁSCARA LARÍNGEA INFLABLE 2° GENERACIÓN.POSEE UN TUBO DE DRENAJE (PARALELO AL DE LA VENTILACIÓN) PARA EL PASO DE Sonda GÁSTRICA N°2,5. TIPO PROSEAL.	3			
73	MÁSCARA LARÍNGEA INFLABLE 2° GENERACIÓN.POSEE UN TUBO DE DRENAJE (PARALELO AL DE LA VENTILACIÓN) PARA EL PASO DE Sonda GÁSTRICA N°2. TIPO PROSEAL.	3			
74	MASCARA PAR VNI TOTAL FACE PEDIÁTRICA CON ARNÉS M	5			
75	MASCARA PAR VNI TOTAL FACE PEDIÁTRICA CON ARNÉS S	5			
76	MASCARA PAR VNI TOTAL FACE PEDIÁTRICA CON ARNÉS XS	5			
77	MÁSCARA VNI NASAL M/L	8			
78	MÁSCARA VNI NASAL S	8			
79	MASCARA VNI ORONASAL TAMAÑO L	3			
80	MASCARA VNI ORONASAL TAMAÑO M	3			
81	MASCARA VNI ORONASAL TAMAÑO S	3			
82	MASCARA VNI PERFOMAX TAMAÑO G	6			
83	MASCARA VNI PERFOMAX TAMAÑO XG	6			
84	MÁSCARA VNI TOTAL FACE NEONATAL XXS	3			
85	MASCARAS LARINGEAS 2° GENERACION TIPO I GEL N°0	3			
86	MASCARAS LARINGEAS 2° GENERACION TIPO I GEL N°1	3			
87	MASCARAS LARINGEAS 2° GENERACION TIPO I GEL N°1,5	3			
88	MASCARAS LARINGEAS 2° GENERACION TIPO I GEL N°2	3			
89	MASCARAS LARINGEAS 2° GENERACION TIPO I GEL N°2,5	3			
90	MASCARAS LARINGEAS 2° GENERACION TIPO I GEL N°3	3			
91	MASCARAS LARINGEAS 2° GENERACION TIPO I GEL N°4	3			

92	MASCARAS LARINGEAS 2° GENERACION TIPO I GEL N°5	3			
93	MASCARILLA NASAL NEONATAL SILICONA P/CPAP TAMAÑO L	3			
94	MASCARILLA NASAL NEONATAL SILICONA P/CPAP TAMAÑO M	3			
95	MASCARILLA NASAL NEONATAL SILICONA P/CPAP TAMAÑO S	3			
96	MASCARILLA NASAL NEONATAL SILICONA P/CPAP TAMAÑO XL	3			
97	MASCARILLA NASAL NEONATAL SILICONA P/CPAP TAMAÑO XXL	3			
98	NARINA ALTO FLUJO TAMAÑO ADULTO TECNOLOGÍA OPTIFLOW	25			
99	NARINA ALTO FLUJO TAMAÑO INFANTIL TECNOLOGÍA OPTIFLOW	25			
100	NARINA ALTO FLUJO TAMAÑO NEONATAL TECNOLOGÍA OPTIFLOW	25			
101	NARINA ALTO FLUJO TAMAÑO PREMATURO TECNOLOGIA OPTIFLOW	25			
102	RESUCITADOR MANUAL ADULTO AUTOCLAVABLE	13			
103	RESUCITADOR MANUAL PEDIATRICO AUTOCLAVABLE	13			
104	SENSOR OXIMETRIA DESCARTABLE PARA NEONATO	200			
105	SET PARA HEMODIÁLISIS 12 FR 2 LUMEN **16 CM**	75			
106	SET PARA HEMODIÁLISIS 12 FR 2 LUMEN 20 CM	120			
107	SET PARA HEMODIALISIS 8 FR 2 LUMEN X 11 CM	30			
108	SET PARA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTANEA N°8	40			
109	SET PARA TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA N°9	25			
110	SET VENOSO CENTRAL 4 FR 2 LUMEN 13 CM	25			
111	SET VENOSO CENTRAL 4 FR 2 LUMEN 30 CM	25			
112	SET VENOSO CENTRAL 4 FR 3 LUMEN 13 CM	25			

113	SET VENOSO CENTRAL 5 FR 2 LUMEN 13 CM	25			
114	SET VENOSO CENTRAL 5,5 FR 2 LUMEN 13 CM	13			
115	SET VENOSO CENTRAL 5,5 FR 2 LUMEN 30 CM	13			
116	SET VENOSO CENTRAL 5,5 FR 3 LUMEN 13 CM	25			
117	SET VENOSO CENTRAL 7 FR 3 LUMEN 20 CM	100			
118	SET VENOSO CENTRAL 7FR 1 LUMEN 20 CM	250			
119	SET VENOSO CENTRAL 7FR 2 LUMEN 20 CM	625			
120	SISTEMA CERRADO DE RECOLECCIÓN DE ORINA NEONATAL 4FR	50			
121	SISTEMA CERRADO DE RECOLECCIÓN DE ORINA NEONATAL 6FR	50			
122	SISTEMA CERRADO DE RECOLECCIÓN DE ORINA NEONATAL 8FR	50			
123	SONDA SENGSTAKEN- BLAKEMORE CON BALON N°14	5			
124	SONDA SENGSTAKEN- BLAKEMORE CON BALON N°16	5			
125	SONDA SENGSTAKEN- BLAKEMORE CON BALON N°18	5			
126	TRANSDUCTOR DE PRESION TIPO BD	250			
127	TRANSDUCTOR DE PRESION TIPO EDWARDS	125			
128	TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALÓN N°3	15			
129	TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALÓN N°3,5	15			
130	TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALÓN N°4	45			
131	TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALÓN N°4,5	30			
132	TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALÓN N°5	30			
133	TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALÓN N°5,5	30			
134	TUBO ENDOTRAQUEAL CON BALÓN N°6	50			
135	VARA DE ESCHMAN PEDIÁTRICA	15			
136	VÁLVULA DE PEEP	25			
<b>TOTAL EN LETRAS:</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.**

**CONDICIONES DE CONTRATACIÓN: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Pública 002/2024.**

**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 Cinco Mil Quinientos (\$5.500,00)** 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 mínimo de 30 días hábiles contados a partir de la fecha del acto de apertura.

**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>	