


**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 **024** 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: **041/2025** Fecha **05/03/2025**

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 04 DE ABRIL DE 2025 – 12:00 HORAS
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	ÁCIDO PERACÉTICO POR 5 LITROS CON ACTIVADOR	36			
2	AGUA OXIGENADA 10 VOLÚMENES POR 1 LITRO	300			
3	ALCOHOL 70% X 5 LITROS	12			
4	ALCOHOL 70% X500 ML	3000			
5	ALCOHOL 96% X500 ML	225			
6	ALCOHOL EN GEL X 250 ML	540			
7	ANTISÉPTICO PARA HIGIENE DE MANOS CON CLORHEXIDINA 1%-ALCOHOL ETÍLICO 61% CON AGENTE HUMECTANTE. 500 ML	24			
8	CLORHEXIDINA 1 % SPRAY EN BASE ALCOHÓLICA (TIPO PERVINOX INCOLORO O POVICLER INCOLORO)	300			
9	CLORHEXIDINA 1 % SPRAY EN BASE ACUOSA (TIPO POVITOL)	300			
10	CLORHEXIDINA 2%-ALCOHOL ISOPROPÍLICO 70% COLOREADA ESPONJA	300			
11	CLORHEXIDINA 4% JABONOSA 250 ML CON PICO DOSIFICADOR	750			

12	DETERGENTE DESINFECTANTE PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS, AMONIO CUATERNARIO POR 750 ML LISTO PARA USAR. BIOLIMPIEZA	300			
13	DETERGENTE PENTAENZIMÁTICO 5 LITROS CON PICO DOSIFICADOR	15,3			
14	DETERGENTE TRIENZIMÁTICO 1 LITRO CON DOSIFICADOR	45			
15	DETERGENTE TRIENZIMÁTICO 5 LITROS CON PICO DOSIFICADOR	21			
16	ODOPOVIDONA 10% SOLUCIÓN POR 250 ML CON PICO DOSIFICADOR	885			
17	ODOPOVIDONA 5% JABONOSA POR 250 ML CON PICO DOSIFICADOR	165			
18	NITROFUZAZONA 0,2% SOLUCIÓN POR 1 LITRO	24			
19	PAÑO DESCARTABLE DE CLORHEXIDINA PARA BAÑO INSTANTÁNEO SIN AGUA	18900			
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 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.

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 resolutive 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 **90 (Noventa) días corridos a partir de dicho momento**, prorrogables en forma automática hasta por igual periodo, a cuenta, orden y consideración del HCANK, salvo manifestación en contrario por parte del cocontratante, con 10 días de anterioridad al vencimiento del plazo original. La negativa a la prórroga no le generará ningún tipo de responsabilidad ni será pasible de penalidad o sanción. En tal sentido y en el caso que la firma cocontratante manifieste la aceptación de la prórroga 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. **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 suscripto 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	