

 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 www.hospitalcuencaalta.org.ar	Página: 1 / 4
	PEDIDO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA Número 073 Año 2024 Ejercicio 2024
	Ref./ Adquisición de Insumos para el Servicio de Medicina Transfusional de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC
	Pedido de Provisión: 121/2024 Fecha 16/08/2024
URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 06 DE SEPTIEMBRE DE 2024 A LAS 10:00 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 MEDICINA TRANSFUSIONAL HCANK					
RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	Suero hemoclasificador anti KELL IgM, fco. X 5 ml.	5			
2	Suero hemoclasificador anti JKb monoclonal x 2 ml	2			
3	Suero hemoclasificador anti Jka monoclonal x 2 ml	2			
4	Suero hemoclasificador anti N monoclonal x 2 ml	2			
5	Suero hemoclasificador anti P1 monoclonal x 2 ml	1			
6	Suero hemoclasificador anti M monoclonal x 2 ml	1			
7	Suero hemoclasificador anti S monoclonal x 2 ml	2			
8	Suero hemoclasificador anti s(chica)monoclonal x 2 ml	2			
9	Suero hemoclasificador anti Fya x 3ml	1			
10	Suero hemoclasificador anti Fyb fco. X 3 ml.monoclonal	1			
11	Suero hemoclasificador anti H (LECTIN) fco. X 5 ml.	1			
12	Suero hemoclasificador anti A 1 ,frasco x 5 ml(lectina)	1			
13	Suero de coombs poliespecifico,verde,frasco x 10 ml.	15			
14	Suero de coombs monoespecifico Ig.G frasco x 10 ml	1			
15	Suero de coombs monoespecifico C3 frasco x 3 ml	1			
16	Suero hemoclasificador anti A, monoclonal fco. x 10 ml	24			

17	Suero hemoclasificador anti B, monoclonal fco. x 10 ml	24			
18	Suero hemoclasificador anti AB, monoclonal fco. x 10 ml	24			
19	Suero hemoclasificador anti C (grande) monoclonal frasco x 5 ml	6			
20	Suero hemoclasificador anti c (chica), monoclonal x 5 ml.	18			
21	Suero hemoclasificador anti E (grande) monoclonal x 5 ml.	6			
22	Suero hemoclasificador anti e (chica) frasco x 5 ml.	6			
23	Suero hemoclasificador anti D, monoclonal IgM, frasco 10 x ml.	15			
24	Suero hemoclasificador anti D blend, frasco 10 x ml.	12			
25	IN-TEM (activador vía intrínseca) 10 viales x 10 test (ROTEM)	4			
26	EX-TEM reactivo para la activación de la vía extrínseca, (ROTEM) 10 viales por 10 test	4			
27	FIB-TEM reactivo para evaluar inhibición de la fibrinólisis (ROTEM) 10 viales x 5 test	9			
28	HEP-TEM para la inhibición de la heparina (ROTEM) 10 viales por 7 test	3			
29	Copa y pin para tromboelastometro, caja x 20 u (ROTEM)	20			
30	Control patológico para tromboelastografía, caja x 20	2			
31	Control normal para tromboelastografía, caja x 20 u	2			
32	tips para equipo de tromboelastografía por caja de 960 unidades	4			
33	Capilares de vidrio heparinizados, frasco por 500 unidades	6			

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 Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar

Además, la presentación de Oferta implicará 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) DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP) que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto al Valor Agregado;

d) DOCUMENTACIÓN EMITIDA POR LA AGENCIA DE RECAUDACIÓN DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (ARBA), que respalde la situación que, como sujeto, reviste frente al Impuesto sobre los Ingresos Brutos o Convenio Multilateral;

FORMA DE COTIZAR. PRESENTACION DE OFERTAS ALTERNATIVAS Y/O VARIANTES. La presentación de ofertas podrá resultar por parte o por la totalidad de renglones, y por cantidades parciales o totales de cada renglón según disponibilidad efectiva para el cumplimiento de la prestación.

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.

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 Y LUGAR DE ENTREGA: la ENTREGA procederá A REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA con entrega de equipamiento en comodato según especificaciones técnicas y por el plazo de 180 días o hasta el consumo de los insumos asociados, 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 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.

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.**

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.

EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCEPCIONALES.

ESPECIFICACIONES TECNICAS

- 1) **REGLÓN del 25 al 32:** Adjudicación en bloque. Conjuntamente con la provisión de los renglones de referencia se deberá efectuar además la provisión de instrumental para su utilización en comodato sin cargo de Equipo para Tromboelastometría conforme el periodo prestacional establecido.
- 2) **REGLÓN del 16 al 18:** Adjudicación en bloque de misma marca y calidad.
- 3) **REGLÓN del 19 al 22:** Adjudicación en bloque de misma marca y calidad.
- 4) **Vencimiento de los Insumos a cotizarse.** En la totalidad de los productos a cotizarse, la fecha de vencimiento no podrá ser inferior a 12 meses contados a partir de la fecha de entrega efectiva. La falta de cumplimiento de lo establecido, será causal de devolución de la mercadería presentada. El Hospital tendrá opción de recibir la mercadería en caso de considerarlo necesario, aun no pudiendo haber sido cumplimentado este punto. El mismo se realizará bajo el compromiso de canje, por parte del proveedor, por igual producto de idéntica marca, cantidad de unidades y calidad. El proveedor deberá responsabilizarse a realizar el canje con la suficiente antelación sin que ello signifique erogación al hospital.

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	