

 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	Página: 1 / 4
	PEDIDO DE COTIZACIÓN CONTRATACION DIRECTA Número 082 Año 2024 Ejercicio 2024
	Ref./ Adquisición de Insumos para el Servicio de Nutrición de este "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC-
	Pedido de Provisión: 130/2024 Fecha 27/08/2024
URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el MIERCOLES 25 DE SEPTIEMBRE DE 2024 A LAS 11:00 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.	

SERVICIO DE NUTRICION HCANK					
RG	DESCRIPCIÓN	Cantidad Estimada Período	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	FORTIFICADOR DE LECHE HUMANA PARA LACTANTES PREMATUROS CON REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES ESPECÍFICOS. 1 G UNIDAD	850			
2	LECHE DE FORMULA DE INICIO LÍQUIDA PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES DE EDAD. 200 ML UNIDAD	1536			
3	LECHE DE FÓRMULA DE INICIO EN POLVO PARA LACTANTES DE 0 A 6 MESES DE EDAD. 800 G UNIDAD	100			
4	FÓRMULA INFANTIL PARA PREMATURO LIQUIDA PARA LACTANTES PREMATUROS Y/O BAJO PESO AL NACER. 70 ML UNIDAD	4536			
5	FÓRMULA INFANTIL EN POLVO CON PROTEINAS EXTENSAMENTE HIDROLIZADAS PARA LACTANTES CON INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS O ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA. 400 G UNIDAD	60			
6	FÓRMULA INFANTIL EN POLVO ANTIREFLUJO PARA LACTANTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO O REGURGITACION. 400 G UNIDAD	22			
7	LECHE DE FORMULA DE CONTINUACIOn LIQUIDA PARA LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD. 200 ML UNIDAD	168			
8	LECHE DE FÓRMULA DE CONTINUACIÓN EN POLVO PARA LACTANCTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD. 800 G UNIDAD	30			
9	FÓRMULA INFANTIL CON PROTEÍNA PARCIALMENTE HIDROLIZADA, SIN LACTOSA,	10			

	SIN SACAROSA, SIN TACC, CON 50% DE TRIGLICÉRIDOS DE CADENA MEDIA. PARA LACTANTES Y NIÑOS DE LA PRIMERA INFANCIA CON INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS. 400 G UNIDAD				
10	FÓRMULA INFANTIL CON ALTO APOORTE DE PROTEÍNAS, CON 100% MALTODEXTRINA, ELEVADO APOORTE DE VITAMINAS Y MINERALES. SIN LACTOSA. SIN SACAROSA. SIN TACC. PARA LACTANTES Y NIÑOS DE LA PRIMERA INFANCIA CON REQUERIMIENTO PROTEICO ELEVADO E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS. 350G UNIDAD	35			
11	FÓRMULA INFANTIL HIPERCALÓRICA. CON HIERRO. PARA LACTANTES DE 0 A 18 MESES CON REQUERIMIENTO ENERGÉTICO ELEVADO. 400G UNIDAD	10			
12	FORMULA NORMOCALORICA NORMOPROTEICA PARA PACIENTE PEDIATRICO QUE PRESENTA DESNUTRICION O TRASTORNO DE LA DEGLUCION O ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS. 500ML UNIDAD	88			
13	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL PEDIATRICO LIQUIDO HIPERCALORICO, NORMOPROTEICO SIN FIBRA PACIENTES PEDIATRICOS CON DESNUTRICION, INCREMENTO DE LAS NECESIDADES O PERDIDA DE APETITO. 200ML	216			
14	FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda ESTANDAR. PARA PACIENTES QUE POR ALGUN MOTIVO NO LOGRAN CUBRIR SUS REQUERIMIENTOS A TRAVES DE LA INGESTA ORAL. 1000 ML UNIDAD	1680			
15	FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda PARA PACIENTES CON DIABETES. PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2 O CON HIPERGLUCEMIAS DEBIDO AL ESTRES METABOLICO. 1000 ML UNIDAD	912			
16	FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda HIPERPROTEICA PARA PACIENTE CRITICO PACIENTE CRITICO. PACIENTE POST OPERATORIO. 500 ML UNIDAD	2316			
17	FORMULA ENTERAL LIQUIDA PARA ADMINISTRAR POR Sonda CON ALTA DENSIDAD ENERGETICA. PARA PACIENTES CON NECESIDADES ENERGETICAS ELEVADAS Y RESTRICCION HIDRICA. 1000 ML UNIDAD	656			
18	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL HIPERCALORICO PACIENTES DESNUTRIDOS, CON INCREMENTO DE LAS NECESIDADES CALORICO PROTEICAS, CON RESTRICCION DE LIQUIDOS Y PERDIDA DE APETITO. 125ML	744			

19	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL HIPERCALORICO E HIPERPROTEICO. PARA PACIENTES CON DIABETES ALIMENTO BEBIBLE PARA PROPOSITOS MEDICOS ESPECIFICOS, NUTRICIONALMENTE COMPLETO.PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2, E HIPERGLUCEMIAS POR ESTRES METABOLICO. 200 ML UNIDAD	360			
20	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL EN POLVO HIPERCALORICO E HIPERPROTEICO, SABOR NEUTRO. PARA PACIENTES CON REQUERIMIENTOS AUMENTADOS QUE NO LOGRAN CUBRIRLO CON LA DIETA HABITUAL. 350 G UNIDAD	25			
21	SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL EN POLVO PARA PACIENTES CON DIABETES. ALIMENTO PARA PROPOSITOS MEDICOS ESPECIFICOS EN POLVO, NUTRICIONALMENTE COMPLETO. PARA PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 Y 2, E HIPERGLUCEMIAS POR ESTRES METABOLICO. 350 G UNIDAD	13			
22	MODULO PROTEICO DE ALTO VALOR BIOLOGICO EN POLVO, SABOR NEUTRO. PARA PACIENTES CON REQUERIMIENTOS PROTEICOS AUMENTADOS QUE NO LOGRAN CUBRIRLO CON LA DIETA HABITUAL. 250 G UNIDAD	13			
23	ESPESANTE INSTANTANEO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, FRIAS O CALIENTES SABOR NEUTRO. A BASE DE GOMAS XANTANA Y GUAR PARA PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA DEGLUCION. 175G UNIDAD	13			
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 a las del Pliego de Condiciones Particulares y 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 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 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. 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 EXCECIONALES.

NOTA: Se recuerda que oportunamente se deberá presentar **COMPROBANTE O DOCUMENTO DE GARANTÍA PARA MANTENIMIENTO DE CONTRATO**, conforme lo dispuesto en Anexo A Punto II del Reglamento de Compras y Contrataciones del 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	