



Hospital de Alta Complejidad  
**CUENCA ALTA SAMIC**

**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)

Página : 1 / 3

**PEDIDO DE COTIZACIÓN  
CONTRATACION DIRECTA**

Número **146** Año **2020**

Ejercicio 2020

*Ref./Adquisición de Botellas de Hemocultivos con entrega de Equipos en Comodato para ser destinados al Servicio De Laboratorio del Hospital del Bicentenario Esteban Echeverría.*

Pedido de Provisión: **164-2020** Fecha **19/08/2020**

**URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el VIERNES 02 DE OCTUBRE DE 2020 A LAS 10:00 HS. 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.

Renglón	Descripción	Cantidad a entregar	Precio Unitario Renglón	Precio Total Renglón
<b>REGLON Nº1 AREA DE MICROBIOLOGIA CON LA PROVISIÓN DE EQUIPAMIENTO, en comodato sin cargo.</b>				
<b>1</b>	<b>BOTELLAS DE HEMOCULTIVOS</b>	<b>4000</b>		
<b>TOTAL REGLON Nº1</b>				

**Condiciones de Contratación:** Conforme Condiciones Particulares de la Contratación Directa 146/2020.

**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)

**OFERTA. CONTENIDO DOCUMENTAL** Los proveedores cotizantes, deberán enviar via correo electrónico la siguiente documentación:

- PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO** en formulario Enviado a tal fin. *Se Podrá acompañar además propuesta económica en hoja membretada. EL Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada, debiendo el mismo resultar coincidente con el acreditado en la constancia de proveedor que se solicita en el Punto 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.
- Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos de la Provincia de Buenos Aires;
- Constancia de Visita a las Instalaciones en las cuales se efectuará la prestación del servicio emitida por autoridad establecida a tal fin.

*La falta de presentación de la documentación enumerada en el presente Artículo, será inexcusable y resultará causal de desestimación de la oferta por su apartamiento a los términos de la contratación.*

**PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. ENTREGA.**

La prestación del Servicio deberá efectuarse con anterioridad a los 5 (cinco) días de recibida la Orden de Compra y hasta el 31 de Diciembre de 2020.

#### **LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA**

La entrega de los insumos y la prestación del servicio procederá en la **Sede del Hospital del Bicentenario Esteban Echeverría, sito en San Martín 504, Esteban Echeverría, Pcia.de Buenos Aires.**

#### **PENALIDADES: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:**

**Por NO EFECTUAR LA ENTREGA 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 término a los renglones no entregados.** En caso de una demora de más de 10 Días conforme el plazo establecido, la sanción será la inmediata rescisión del contrato.

**EL PAGO SE EFECTUARÁ DESDE ESTE HOSPITAL DE CUENCA ALTA NESTOR KICHNER SAMIC** con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura.

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

**EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCEPCIONALES-**

#### **ESPECIFICACIONES TECNICAS PARTICULARES**

Las botellas de hemocultivos adulto para la detección automatizada de microorganismos aeróbicos, anaeróbicos, exigentes o de pacientes con tratamiento antibiótico, micobacterias y las botellas de hemocultivos pediátrico para la detección automatizada de microorganismos, deben ser entregados con el equipamiento necesario para su realización, que cumpla con las siguientes especificaciones:

- a) Detección por fluorescencia o colorimétrica de la positividad de los cultivos.
- b) Conste de Incubadora con capacidad acorde a la demanda, UPS, sistema informático y producción de informes.
- c) Debe incluir los suplementos, lisantes, y todos los insumos necesarios para el procesamiento de las muestras.

#### **1.- Plazo de entrega:**

Se establece que las entregas serán a pedido, según necesidades del servicio, dentro de las 24 hs. de recibido, durante el periodo agosto a diciembre del año 2020.

#### **2.- Lugar de Entrega:**

En el domicilio del contratante, Laboratorio Central del Hospital Del Bicentenario Esteban Echeverría en el horario de 8 a 17 hs.

#### **3.- Período de caducidad**

El vencimiento de las botellas deberá ser no menor de (6) seis meses a partir de la fecha de entrega. La falta de cumplimiento de lo establecido precedentemente, será causal de devolución de la mercadería presentada.

#### **4.- Requisitos Generales:**

El equipamiento deberá contar con el soft necesario para todas las operaciones de funcionamiento, control de calidad, archivo de resultados e impresión de informes o de existir sistema informático de laboratorio, la empresa adjudicataria se hará cargo de la conexión al mismo tanto en soft, como en materiales.

Asimismo, se incluirá el transporte, instalación, seguro, servicio de mantenimiento con repuestos incluidos a cumplimentar dentro de las 24 hs. de solicitado y provisión de todo material necesario, que asegure el perfecto funcionamiento, sin cargo adicional para el Hospital durante el plazo establecido en el Punto 1 y su posible ampliación.

De no poder cumplimentarse en dicho plazo, la empresa efectuará la entrega de un equipo que determine los mismos parámetros durante el tiempo que dure dicha reparación.

La firma proveedora deberá realizar el entrenamiento del personal en el uso de equipamiento, de acuerdo a las necesidades del servicio.

La firma proveedora deberá certificar las óptimas condiciones iniciales del equipo, en caso de equipos usados o que ya estén instalados y garantizar el correcto desempeño del mismo durante todo el periodo del contrato. La firma se compromete a elaborar una ficha de mantenimiento preventivo y correctivo, que deberá ser cumplimentada, según corresponda, tanto por el laboratorio receptor del equipamiento, como por el servicio técnico de la empresa. Serán tenidas en cuenta los informes técnicos de los equipos para las nuevas preadjudicaciones.

De ser posible, se efectuarán copias de seguridad periódicamente.

La firma proveedora deberá tener una antigüedad mínima de (2) dos años en el mercado argentino y deberá ser representante oficial de los productos cotizados en el área.

#### **5.- Documentación Técnica a presentar con la oferta**

La firma proveedora deberá entregar un listado de usuarios públicos o en su defecto instalar el equipamiento sin cargo a prueba 14 días, como mínimo.

Los equipos y reactivos ofertados deben presentar aprobación del ANMAT y/o INAME, según corresponda. Adjuntar copia de certificados.

Certificado de representante oficial de los productos cotizados.

#### **6.- Adjudicación**

La adjudicación se efectuará al menor precio global considerando la posibilidad de preadjudicar el mínimo número de equipamiento necesario que garantice la cobertura básica de la demanda del contratante.

**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>	