



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

PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACION PUBLICA

Número **023** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Medicamentos para ser destinados al Hospital del Bicentenario Esteban Echeverría.

Pedido de Provisión: **225-2020** Fecha **08/10/2020**

FECHA DE APERTURA: MIERCOLES 18 DE NOVIEMBRE DE 2020 – 10:00 HS.

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y SUMINISTROS DEL HOSPITALCUANCA ALTA SAMIC

VALOR DEL PLIEGO \$ 7500,00

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.

Renglón	Descripción	Cantidad	Marca	Precio Unitario	Precio Total
MEDICAMENTOS SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL ESTEBAN ECHEVERRIA					
1	ALCOHOL ETILICO 70º CALIDAD FARMACOPEA LIQUIDO 500ML	3000			
2	ALCOHOL ETILICO 96º CALIDAD FARMACOPEA LIQUIDO 500ML	300			
3	AGUA OXIGENADA CALIDAD FARMACOPEA 250 ML	500			
4	DETERGENTE DESINFECTANTE PARA DISPOSITIVOS MEDICOS AMONIO CUATERNARIO SPRAY	600			
5	CLORHEXIDINA 4% JABONOSA 500ML	600			
6	ATRACURIO 50MG/5ML AMPOLLA	20000			
7	MIDAZOLAM 15MG AMPOLLA	20000			
8	PROPOFOL 1 % AMPOLLA 20 ML	3000			
9	AGUA DESTILADA 500ML ENVASE FLEXIBLE, CPN DOBLE PICO Y BOLSA PROTECTORA	6000			
10	FENTANILO 250 MCG AMPOLLAS 5ML	20000			
11	INSULINA NPH 10UI FA 10 ML	50			
12	INSULINA CORRIENTE 10UI FA 10ML	50			

13	LIDOCAINA 100MG/5ML AMPOLLA	1000			
14	LORAZEPAM 4MG/ML	1000			
15	LIDOCAINA 50MG/5ML AMPOLLA	1000			
16	NITROGLICERINA25MG/5ML AMPOLLA	2000			
17	AMOXICILINA CLAVULANICO 1G CP	1000			
18	CLARITROMICINA 500MG CP	1000			
19	OMEPRAZOL 20MG CAPSULAS	2800			
20	DEXAMETASONA 8MG / 2ML AMPOLLA	3000			
21	AGUA DESTILADA ESTERIL AMPOLLA	8000			
22	PARACETAMOL 500MG CP	6000			
23	MEPREDNISONA 40 MG CP	1000			
24	MEPREDNISONA 8 MG CP	1000			
TOTAL					

Condiciones de Contratación: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Publica 023/2020.

Muestras: en caso de necesidad, la Institución podrá solicitar muestras de los insumos a cotizarse.

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/licitaciones

OBTENCION DEL PLIEGOS DE CONDICIONES PARTICULARES.-. Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la Oficina de Compras y Suministros del Hospital, hasta 24 horas con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, previa acreditación del depósito de la suma establecida de Pesos Siete Mil Quinientos (\$7500,00) en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N°1800022504 Sucursal 1290, CBU 0110180120018000225048-Avda.Libertad 698 de la Localidad de Cañuelas, Pcia.de Buenos Aires

PLAZO DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN. ENTREGA.

La Entrega deberá resultar de **70% de total adjudicado con anterioridad a los 5 (cinco) días** de recibida la Orden de Compras y saldo restante del 30% adjudicado a requerimiento **con disponibilidad Inmediata dentro de los 60 días de recibida la Orden de Compra.**

LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA

La entrega de los insumos 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 termino 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. **Se podrán considerar propuestas con formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideraciones 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 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	