



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 CONTRATACION DIRECTA

Número **231** Año **2020**

Ejercicio 2020

Ref./ Adquisición de Medicamentos y 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: 256-2020 Fecha 29/10/2020

URGENTE: Se recibirán Ofertas hasta el JUEVES 19 DE NOVIEMBRE DE 2020 a las 12:00 hs 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.

RG	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
MEDICAMENTOS SERVICIO DE FARMACIA HCANK					
APARATO CARDIOVASCULAR					
1	ACTIVADOR TISULAR DE PLASMINÓGENO 50 MG F.A REF: CAJA POR 2 UNIDADES	4			
HEMATOLOGICOS					
2	HIERRO CARBOXIMALTOSA 500 MG/10 ML.	5			
SOLUCIONES PARENTALES DFE GRAN VOLUMEN					
3	SOLUCIÓN FISIOLÓGICA 0,9% DE 1000 ML. REF: ENVASE PLÁSTICO FLEXIBLE CON DOBLE PICO, Y BOLSA ADICIONAL PROTECTORA	150			
4	AGUA DESTILADA ESTÉRIL 2000 ML	360			
ANTIINFECCIOSOS					
5	DARUNAVIR/ RITONAVIR 800/100 MG CP	120			
6	LAMIVUDINA/ TENOFOVIR 300/300 MG CP	120			
7	ANFOTERICINA 50 MG LIPOSOMAL F.A	20			
DERMATOLÓGICOS Y OFTÁLMICOS					
8	ATROPINA 1% GOTA OFTÁLMICA	2			
9	BROMFENAC 0,09% 5 ML GOTAS OFTÁLMICAS	8			
10	ÁCIDO POLIACRÍLICO GOTAS OFTÁLMICAS	30			
11	CICLOPENTOLATO 1 % GOTAS OFTÁLMICAS	3			

12	CIPROFLOXACINA 0,3% DEXAMETASONA 0,1% UNGÜENTO OFTÁLMICO	12			
13	DEXAMETASONA 0,1% GOTA OFTÁLMICA	2			
14	ERITROMICINA 0,5% UNGÜENTO 3,5 GR	7			
15	LOTEPREDNOL 0,2% GOTAS OFTÁLMICAS	5			
16	MOXIFLOXACINA+DEXAMETASONA FOSFATO COLIRIO 5 ML	5			
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/licitaciones

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:

- I) EL PRESENTE PEDIDO DE COTIZACIÓN, COMPLETO Y FIRMADO *por parte del representante societario con facultades suficientes y en carácter de declaración jurada*,
- II) CREDENCIAL DE PROVEEDOR DEL HOSPITAL CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER SAMIC, del Registro de Proveedores de la Provincia de Buenos Aires o de la Nación.
- III) CERTIFICADO DEL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA: ENTREGA 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.

PAGO: se formulará con anterioridad a los 30 días desde la presentación de la factura.

FACTURA DE ACUERDO A ORDEN DE COMPRA.

ESTE ESTABLECIMIENTO NO SE HARÁ CARGO POR GASTOS ADICIONALES.

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	